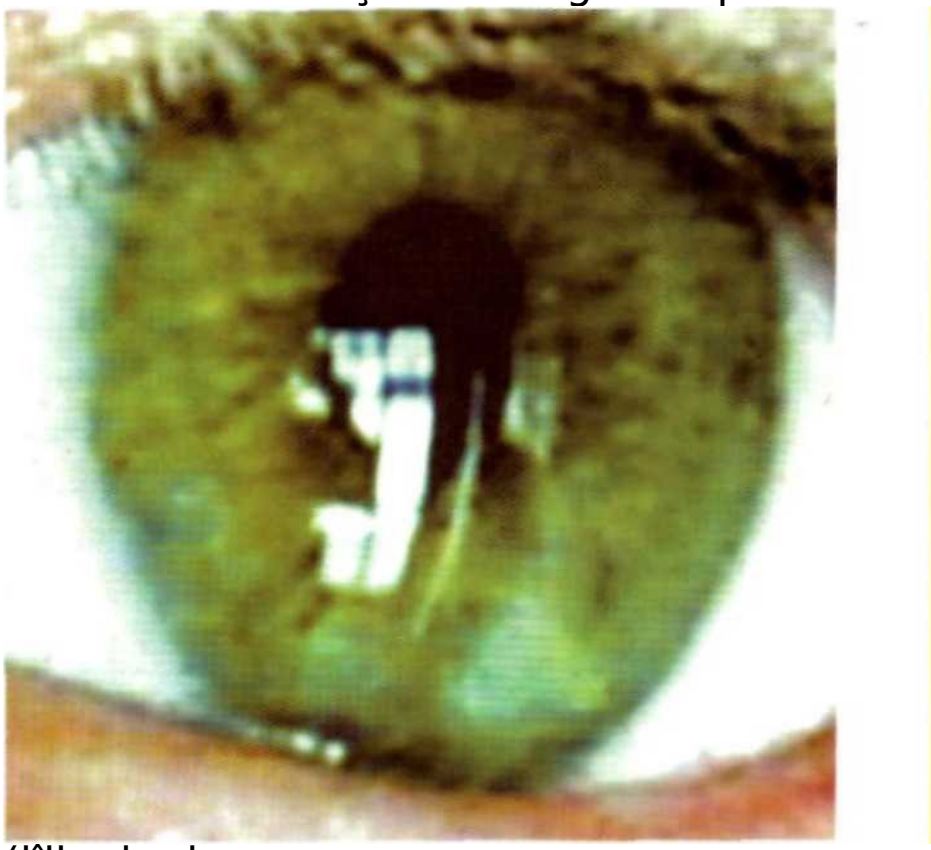
Psihologie

Ion Dafinoiu, Jeno-Lâszlo Vargha

HIPNOZA CLINICĂ

Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice



(jîllogiuni

POLIROM

Seria *Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Ion Dafinoiu - conferenţiar la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, şeful Catedrei de l'nilmlogie Medicală şi Psihopedagogie specială din cadrul Universităţii „Al. I. Cuza", Iaşi, vicepreşedinte al Federaţiei Române de Psihoterapie. După o atentă analiză a istoriei hipnozei, fundamentează pe baze ştiinţifice studiul sugestiei şi hipnozei, arătând limitele clare între care se desfăşura aceste metode terapeutice. De acelaşi autor: *Sugestie şi Hipnoză* (Editura Ştiinţifică fi Tehnică, 1996), ***Elemente de psihoterapie integrativă*** (Editura Polirom, 2000) şi ***Personalitatea. Metode calitative de abordare: observaţia şi interviul*** (Editura Polirom, 2002).

Jeno Laszlo Vargha - lector la Catedra de Psihologie a Universităţii „Babeş-Bolyai" din Cluj, cu multiple specializări in psihoterapie şi terapie ericksoniană. A fost preşedinte (1998-1999) pentru cţiunea română a Societăţii de Psihodramă „J.L. Moreno" ; este persoană de contact a European Awociation for Hypno-Therapy şi membru al mai multor asociaţii de psihologie şi psihoterapie. Este autorul mai multor studii şi articole de specialitate, precum şi a cinci cursuri pentru studenţi. Dintre ultimele lucrări publicate amintim: ***Târsadalom a divanyon (Societatea pe canapea)*** (Editura Komp Press, Cluj, 1995).

Contribuţia autorilor:
Ion Dafinoiu - Capitolele I-VII
Jeno-Laszlo Vargha - Capitolele VIII-XIII

O 2003 by Editura POLIROM

www.polirom.ro

Editura POLIROM
lufi. B-dul Copou nr. 4, P.O. BOX 266, 6600

Bucureşti, B-dul I.C. Brâtianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37; P.O. BOX

1-728, 70700 Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:
DAFINOIU, ION
Hipnoza clinică ; tehnici de inducţie, strategii terapeutice Ion Dafinoiu, Jeno-Laszlo Vargha - Iaşi: Polirom, 2003
336 p.; 24 cm (Collegium. Psihologie)

Bibliogr.

ISBN: 973-681-089-5

I. Vargha, Jeno-Laszlo 159-962
Printed iu KOMANJA

Ion Dafinoiu Jeno-Laszlo Vargha

Hipnoza clinică

Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice

POLIROM
2003

Tabla de materii

Cuvânt înainte.....9
Mulţumiri.....11

CAPITOLUL I - Cadrul conceptual al hipnozei.....13
1. Consideraţii istorice.....;.....13
2. Teorii modeme asupra hipnozei.....17
2.1. *Hipnoză sau hipnoze ?.....17*
2.2..... *H*
ipnoza ca „stare modificată a conştiinţei".....18
2.3..... *H*
ipnoza ca realitate psihologică construită.....19
2.4..... *R*
olul expectanţelor în construcţia psihologică a hipnozei.....20

CAPITOLUL II - Sugestie şi hipnoză.....23
1. Perspectivă istorico-teoretică asupra sugestiei.....23
2. Privire retrospectivă asupra cercetărilor.....în domeniul sugestiei 25
3. Cercetări recente în domeniul sugestiei-sugestibilităţii.....27
3.1. *Aspecte teoretice şi conceptuale ale sugestiei-sugestibilităţii..27*
3.2. *Sugestibilitatea - evaluare şi diferenţe individuale.....29*
3.3. *Aspecte psihofizialogice ale sugestibilităţii.....32*
3.4. *Perspectivă psihosocială asupra sugestiei-sugestibilităţii.....33*
4. Observaţii finale.....36

CAPITOLUL III - Testarea sugestibilitâţii/hipnotizabilitâţii.....39
1. Consideraţii generale.....39
2. Testul mişcării braţului.....40
3. Testul imposibilităţii ridicării braţului.....41
4. Testul oscilaţiei corpului.....42
5. Pendulul lui Chevreul.....44
6. Levitaţia braţului.....45
7. Catalepsia pleoapelor.....46

CAPITOLUL IV Caracteristicile limbajului hipnotic.....49

I. Stiluri adresative.....49
t 1 Sugestiile directe.....49

1.2. *Sugestiile indirecte*.....52
1.3. *Ce tip de sugestii utilizăm ?*.....54
2. Structura sugestiilor.....55
2.1. *Sugestii pozitive*.....55
2.2. *Sugestii negative*.....56
2.3. *Sugestii referitoare la conţinut*.....57
2.4. *Sugestii referitoare la procese*.....57
2.5. *Sugestii posthipnotice*.....59
3. Elementele specifice limbajului ericksonian.....60
3.1. Vocea.....60
3.2. *Truismele*.....61
3.3. *Implicaţia*.....62
3.4. *Sugestiile deschise*.....63
3.5. *Sugestiile care acoperă toate posibilităţile unei clase de răspuns*.....64
3.6. *Sugestiile compuse*.....64
3.7. *Sugestiile implicate*.....65
3.8. *întrebări carefocalizează atenţia, sugerează şi întăresc răspunsurile hipnotice*.....66
3.9. *Presărarea*.....67
3.10. *Jocurile de cuvinte*.....67
3.11. *Limbajul negativ*.....67
3.12. *Juxtapunerea elementelor opuse*.....69
3.13. *Seriile aprobative*.....69
3.14. *Lectura gândurilor*.....70
3.15. *Nominalizările*.....70
3.16. Confuzia.....70
3.17. Surpriza.....71
CAPITOLUL V - Inducerea transei hipnotice.....73
1. Consideraţii generale.....73
2. Tehnici tradiţionale de inducţie.....74
2.1. *Tehnici de relaxare musculară progresivă*.....74
2.2. *Tehnici de imagerie dirijată*.....76
2.3. *Tehnici de fixare a unor stimuli externi*_____78
2.4. *Tehn ica levitaţiei braţului*.....81
2.5. *Tehn ica n umărării*.....82
3. Tehnici de adâncire a transei.....84
3.1. *Metafora coborârii scărilor sau a liftului care coboară*.....84
3.2. *Catalepsia braţului - Scenariu Weitzenhoffer*.....84

4. Inducţii non-formalc. naturale, ale.....transei 85
4.1. *Caracterizau' y.fncmlă.....85*

4.2. *Principii fi mijloace de inducţie ericksoniană.....88*
4.3. *Tipuri de inducţie ericksoniană.....93*
5. Ieşirea din transă.....97

CAPITOLUL VI - Manifestările specifice hipnozei şi utilizarea lor clinică 99
1. Disocierea.....99
2. Fenomenele ideodinamice.....102
2.1. *Răspunsurile ideomotorii.....103*
2.2. *Răspunsurile ideosenzoriale.....105*
2.3. *Răspunsurile ideoafective.....105*
3. Modificările mnezice.....106
3.1. Amnezia.....106
3.2. *Disociaţiile mnezice.....109*
3.3. *Hipermnezia.....110*
4. Distorsiunea timpului.....110
5. Regresia şi progresia de vârstă.....112
6. Halucinaţiile şi modificările senzoriale.....118
7. Catalepsia.....120

CAPITOLUL VII - Principii generale ale hipnoterapiei ericksoniene. .....
123
1. Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor.....123
2. Principiul utilizării.....125
3. Fiecare individ este unic.....129
4. Răspunsul interlocutorului este cel care ne informează despre sensul
discursului său.....129
5. Orice comportament răspunde unui obiectiv.....130
6. Nu putem să nu influenţam.....130
7. Nu există eşec, există feedback.....131
8. Pacientul este expertul.....131
9. Utilizarea resurselor inconştiente.....132
10. Utilizarea abordărilor paradoxale.....135

CAPITOLUL VUI - Practica hipnoterapiei clinice (ericksoniene) .....
139

CAPITOLUL IX - Structura unei intervenţii hipnoterapeutice.

.....
149
1. Inducerea transei.....151
2. Aprofundarea transei.....156
3. Tehnicile (intervenţile) hipnotcrapeuticc
157
3.1. Întărirea eului
158
3. 2 //I/W.»I,I/I .r.....167

3.3. *Recadrarea*.....*178*
3.4. *Intervenţiile metaforice*.....*183*
3.5. *Rezolvarea problemelor*.....*193*
3.6. *Intervenţiile specifice*.....*198*
4. Revenirea din transă.....201

CAPITOLUL X - Autohipnoza.....205

CAPITOLUL XI - Aplicaţii clinice.....211
1. Hipnoterapia tulburărilor/persoanelor anxioase.....211
2. Hipnoterapia persoanelor depresive.....223
3. Antrenamentul hipnotic al sistemului imunitar (SI).....250

CAPITOLUL XII- Formarea hipnoterapeuţilor.....261

CAPITOLUL XIII - Supervizarea activităţii hipno terapeuţi ce.....265

ANEXE.....271
Anexa 1 -Inducerea rapidă a analgeziei hipnotice.....*278*
Anexa 2 -Scala de imaginaţie creatoare Wilson-Barber.....*282*
Anexa 3 -Metafora coridorului.....*286*
Trei cutii.....*289*
Anexa 4 - Scala colectivă de hipnotizabilitate Harvard.....*292*
Anexa 5 - Inducţia hipnotică bazată pe utilizarea şi stimularea semnalizării ideomotorii.....*299*
Anexa 6 -Călătoria la o stâncă.....*303*
Anexa 7 -Povestirea „Noroc?.....Ghinion? Cine ştie? "
306
Anexa 8 -Managementul dureriiprintr-o abordare strategică. HARP (Hypnotic Ability and Response Profile).....*308*
Anexa 9 -Model de chestionar pentru determinarea raţionamentului clinic.....*314*

Bibliografie. .317

Cuvânt înainte

Deşi plină de mister şi evocând resurse psihologice excepţionale, hipnoza face parte din viaţa noastră de zi cu zi. Fără capacitatea de a trăi transe hipnotice in timpul realizării unei activităţi, viata noastră ar arăta cu tom! altfel. Lectura, vizionarea unor spectacole, audierea muzicii - fără transa asociată lor, nu ar avea efectul benefic pe care ii cunoaştem cu cotii, asupra echilibrului nostru psihologic, asupra dezvoltării universului nostru interior... Vizionând un spectacol, uităm cum trece timpul, uităm unde ne aflăm... şi din spectatori devenim actori; punem între paranteze constrângerile realităţii exterioare şi principiile logice de raportare la aceasta şi ne lăsăm complet absorbiţi de „realitatea" spectacolului: ne întristăm sau ne bucurăm alături de eroii preferaţi, corpul nostru realizează involuntar mişcările asociate acestor trăiri... Suntem deja in transă!

Hipnoza clinică utilizează într-o manieră sistematică această disponibilitate, specific umană, pentru rezolvarea unor probleme sau tulburări diverse în faţa cărora abordarea logică rămâne neputincioasă.

Conştiinţa - instanţă psihică cu o structură logico-verbală - are o capacitate foarte limitată de prelucrare simultană a informaţiilor - doar 7 *±* *2* elemente informaţionale. De aceea este absurd să presupunem că mintea conştientă este singură responsabilă de procesul adaptării persoanei la mediu. Aliatul cel mai preţios al ci este inconştientul capabil să prelucreze simultan foarte multe informaţii şi considerat de majoritatea hipnoterapeuţilor un adevărat rezervor de resurse.

Hipnoza ne eliberează de stereotipurile logice care ne limitează căutarea soluţiilor şi răspunsurilor, ne face mai flexibili, mai creativi şi facilitează accesul la această Înţelepciune profundă, inconştientă, deseori imposibil de verbalizat. Psihologii vorbesc despre „memorie implicită", „învăţare implicită", sintagme care se referă la acumularea inconştientă de informaţii şi de modele comportamentale şi care susţin afirmaţia aparent paradoxală pe care M. Erickson o repeta frecvent pacienţilor săi în timpul transei: „Sunt lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi; când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, vă veţi schimba! ".

De câte ori nu ni s-a întâmplat ca, angajându-ne în rezolvarea unor probleme, să avem senzaţia că nimic nu ne reuşeşte, că suntem parcă blocaţi şi, în cele din urmă, să renunţăm să mai căutăm soluţia! După un timp - ore, zile, uneori doar o noapte („Noaptea este sfetnic bun! ") - soluţia problemei ne apare în minte spontan atât de clară încât ne şi mirăm cum de nu am văzut-o până atunci! Iată, deşi căutarea conştientă a soluţiei încetase, căutarea ei inconştientă a continuat. Transa hipnotică angajează pacientul într-o căutare inconştientă, creativă, a *propriilor* soluţii, a răspunsurilor unice la Întrebările lui unice.

Este posibil ca lectura acestei cărţi să ducă la reacţii oarecum contradictorii: descifrarea mecanismelor intime ale transei hipnotice ar putea să golească într-atât hipnoza de misterul care i se atribuie în mod obişnuit, încât unii ar putea să se întrebe dacă ceea ce prezentăm noi este hjpnoză sau nu; alţii ar putea considera că utilizând singuri unele dintre tehnicile prezentate, ar fi capabili să inducă uşor o transă hipnotică oricui.

Spunem deseori studenţilor şi cursanţilor noştri că există o marc asemănare între mersul pe bicicletă şi hipnoterapie. Nici una nu se poate învăţa numai din cărţi. Nu există gesturi sau cuvinte magice care o dată rostite, să inducă o transă. în inducţia transei şt în utilizarea ei terapeutică

contează îndeosebi calitatea relaţiei dintre terapeut şi pacient. Deseori mai important nu este ceea ce spui, ci cum anume spui ceea ce spui! Terapeutul comunică cu întregul său corp şi se adresează în egală măsură minţii conştiente şi celei inconştiente a pacientului său. Toate acestea se învaţă în cadrul unui proces complex de formare profesională, sub o supervizare competentă.

Pentru a veni în ajutorul specialiştilor care se pregătesc în domeniul hipnoterapiei, autorii intenţionează ca ediţia viitoare a acestei cărţi să fie însoţită de un CD cu demonstraţii audio-video.

Ion Dafinoiu, Jeno-Laszlo) Vargha

Mulţumiri

Ion Dafinoiu: mulţumesc îndeosebi profesorului Vladimir Gheorghiu care a avut o influenţă hotărâtoare în formarea mea ca psihotcrapeut. Mulţumesc soţiei mele, Liuba - fără încurajările şi ajutorul ci, această carte nu ar fi ajuns în mâinile cititorilor. Recunoştinţa mea se îndreaptă şi spre studenţii şi pacienţii mei, fără provocarea cărora nu aş fi intrat în „transa" necesară scrierii acestei cărţi.

Jeno-Laszlo Vargha: datorez în primul rând doctorului Ion Bâlcea iniţierea în hipnoterapic, la formarea mea ulterioară contribuind şi seminariile conduse de Peter J. Hawkins, Marlene Hunter, Vladimir Gheorghiu şi Eva Bânyai. Viziunea mea asupra psihoterapiei a fost întregită de formarea in psihodramă, sub conducerea d-nei Hilde Gdtt. Tuturor acestora, precum şi colaboratoarelor mele Adina Bortă, Măria Orbân, Elena Raicu, Eniko" Skolka şi Erika Suta, *le* adresez cele mai calde mulţumiri. Scrierea acestei cărţi a fost posibilă şi datorită sprijinului oferit de programul TEMPUS-JEP-2821 al Comunităţii Europene. Port o profundă recunoştinţă clienţilor şi studenţilor mei care au fost şi continuă să fie o sursă permanentă de inspiraţie. Mulţumesc familiei pentru înţelegere şi sprijin.

CAPITOLUL I

Cadrul conceptual al hipnozei

1. Consideraţii istorice

Puţini dintre cititorii acestei cărţi sunt complet străini de comportamentele la care se referă termenul de hipnoză. Deşi acest termen a fost pus în circulaţie doar de aproximativ 150 ani, el are o foarte largă răspândire.

Analiza atentă a culturilor antice evidenţiază faptul că tehnici pe care astăzi le-am numi folosind termeni precum „hipnoză", „sugestie", au fost utilizate din cele mai îndepărtate timpuri atât în scopuri magico-religioase, cât si curative. De altfel, este important să subliniem că studiul ştiinţific al hipnozei îşi are originea în încercarea unor „vindecători" (nu totdeauna medici) de a trata şi vindeca unele boli. Apariţia şi dezvoltarea unor teorii ştiinţifice privind hipnoza s-a făcut pe fundalul unui ansamblu de credinţe şi reprezentări, de multe ori promovate de mass-media, de literatura beletristică şi cinematografie, ori de diverse practici magice. Putem vorbi, astfel, atât de abordarea ştiinţifică a hipnozei cât şi de „mitul hipnozei". între aceste două modalităţi de cunoaştere şi abordare a hipnozei a existat totdeauna o strânsă interacţiune; pe de o parte, foarte mulţi dintre primii teoreticieni ai hipnozei valorificau afirmaţii relativ credibile ale „mitului" hipnozei, pe de altă parte, unele abordări pretins ştiinţifice au creat ele însele un corpus de „credinţe pozitive" despre hipnoză, care vizează în special proprietăţile transcendente ale acestui fenomen. Astfel, o parte a concepţiei populare despre hipnoză este aceea că ea face indivizii capabili să-şi depăşească posibilităţile, capacităţile lor normale. Unele din primele afirmaţii au fost foarte exagerate; de exemplu, se credea că subiecţii hipnotizaţi ar putea vedea cu partea posterioară a capului organele interne şi ar putea comunica cu cei morţi (Spanos, 1982). S-a spus, de asemenea, că hipnoza ar putea face subiecţii hipnotizaţi să retrăiască vieţi trecute. Astfel de afirmaţii exagerate nu sunt luate în serios de cercetarea academică. Apar însă şi unele afirmaţii mai puţin exagerate. De exemplu, s-a vehiculat ideea că hipnoza poate fi utilă în domeniul judiciar pentru a ajuta victimele sau martorii să-şi amintească detaliile crimelor; totuşi, dovezile experimentale sugerează că hipnoza nu facilitează memoria mai mult decât alte proceduri care încurajează reamintirea vie a detaliilor. Se poate, chiar, ca hipnoza să încurajeze martorul să camufleze sau să fabrice detalii.

Legată de secole de diverse practici curative, hipnoza a generat, mai mult decât alte fenomene psihice sau medicale, o serie de credinţe, mituri, speranţe, devenind în multe cazuri „ultima salvare". Şi este de înţeles acest fapt, dacă avem în vedere că, în situaţii deosebit de grave, „adevărul" ştiinţific oferă doar certitudini seci, inflexibile, cu care

bolnavul, în cazul în care-i sunt potrivnice, nu are ce face; misterul, doar el, poate fundamenta speranţe, poate genera credinţe. Din această perspectivă, hipnoza, ca realitate psihologică interpersonală, modifică speranţele şi credinţele pacienţilor, vehiculate de „mitul" ce o însoţeşte, şi mobilizează resurse şi mecanisme, nu toate pe deplin cunoscute, cu efect sanogenetic.

Primii practicieni ai hipnozei au identificat mecanismele acesteia cu o forţă sau un fluid invizibil, prin analogie cu noţiunea eterului ca substanţă fizică invizibilă - element indispensabil mecanicii newtoniene. Reprezentativă pentru această orientare este doctrina *„magnetismului animal”* a medicului vienez Franz Anton Mesmer.

După ce s-a stabilit la Paris, acesta a publicat în 1779 o lucrare în care anunţa descoperirea unui principiu capabil să vindece toate bolile. Acest principiu a fost descris cu ajutorul a 27 de afirmaţii dintre care menţionăm câteva:

1. Există o influenţă sensibilă între corpurile cereşti, pământ şi corpurile vii.
2. Modalitatea prin care se realizează această influenţă este un fluid difuzat universal, atât de continuu încât nu admite nici un vacuum, deosebit de subtil şi, în mod natural, susceptibil de a recepta, propaga şi comunica toate tulburările motorii.

7. Proprietăţile substanţelor materiale şi organice depind de acţiunea acestui fluid.

9. Aceste proprietăţi se manifestă într-o manieră similară celor ale magnetului, în mod deosebit în corpul uman, unde se pot distinge poli diferiţi şi opuşi, proprietăţi care pot fi transmise, schimbate, distruse şi întărite...
10. Această proprietate a corpului uman care îl face sensibil la influenţa corpurilor cereşti şi Ia acţiunea reciprocă a celor care îl înconjoară manifestă o analogie cu magnetul, şi acest fapt m-a făcut să adopt termenul de „magnetism animal".
11. Acţiunea şi însuşirile „magnetismului animal", astfel caracterizat, pot fi transmise şi altor corpuri vii sau nevii. Aceste două categorii de corpuri variază totuşi în ceea ce priveşte sensibilitatea lor.

23. Aceste fapte demonstrează, în acord cu regulile practice pe care le-am stabilit, că acest principiu poate vindeca bolile nervoase în mod direct şi alte boli indirect.

Cu ajutorul lui, medicul este îndrumat cum să utilizeze medicina şi să facă acţiunea lui mai eficientă, si el poate provoca şi direcţiona crize salutare pe care le poate controla complet *(cf.* Sarbin şi Coe, 1972, pp. 24-25).

Tratamentul „magnetic" consta în stabilirea unei relaţii cu bolnavul, într-un context în care anumite aşteptări şi credinţe erau cu grijă stimulate şi întreţinute. „Pasele magnetice" aveau un rol deosebit în relaţia medic-bolnav de tip mesmerian, însă el organizaşi şedinţe

colective, utilizând celebrul său „hârdău magnetizat" ori „magnetiza" bolnavii cu ajutorul unei baghete metalice. Controversele referitoare la validitatea ştiinţifică a terapiei mesmeriene au culminat cu analiza acesteia de către comisia regală numită de Ludovic a] XVT-lea (1784), din care făceau parte, între alţii, Benjamin Franklin, chimistul Lavoisier, astronomul Bailly. Comisia a infirmat existenţa „magnetismului animal" şi a evidenţiat intervenţia unor mecanisme şi procese psihologice, precum imaginaţia şi imitaţia, in provocarea fenomenelor descrise de Mesmer.

Deşi teoria iui Mesmer a fost infirmată, mulţi bolnavi continuau să se vindece practicând metodele propuse de acesta, fapt care demonstra că fenomenul există, deşi explicaţiile furnizate nu erau în acord cu exigenţele ştiinţei.

După ce în 1841 a asistat la o demonstraţie de mesmerism, James Braid, un chirurg englez, şi-a propus să descopere cauzele fiziologice ale acestui fenomen. Deşi Braid şi-a focalizat cercetările asupra aspectelor fiziologice, concepţia sa cu privire la condiţiile care provoacă apariţia hipnozei a fost în bună măsură psihologică. El a privit inducţia hipnozei ca datorându-se epuizării substanţei nervoase consecutive fixării prelungite a atenţiei asupra unui obiect sau eveniment. Braid s-a interesat de componentele fiziologice ale atenţiei, dar a ignorat condiţiile antecedente care au condus la fixarea atenţiei. In ciuda acestui fapt, el a sesizat, încă de la începutul cercetărilor sale, nu numai importanţa deosebită a atenţiei, ci şi a imaginaţiei şi aşteptărilor. Braid a fost printre primii care a recunoscut că hipnotizabilitatea este o trăsătură a subiectului şi nu a hipnotizatorului.

Continuându-şi cercetările, Braid a propus ulterior (1847) o a două teorie care minimizează aspectele fiziologice şi insistă asupra condiţiilor psihologice. Această nouă teorie explică toate fenomenele hipnotice ca fiind efectul „concentrării mentale" sau „monoideismului". Ideea dominantă - spune Braid - influenţează funcţiile corporale şi produce efectele fiziologice studiate până atunci. Monoideismul care provoacă transa hipnotică poate fi întâlnit - afirmă chirurgul englez - şi în cazul transelor prelungite ale fachirilor indieni, în mişcările involuntare ale muşchilor implicaţi în mişcarea mesei, în efectele determinate de utilizarea magneţilor etc. In această a doua teorie, Braid afirmă clar că transa este o stare subiectivă indusă fie de ideile dominante sugerate de operator, fie de ideile dominante care au fost înainte dominante şi care au fost activate de sugestiile terapeutului. Deşi Braid a văzut în sistemul nervos o structură mediatoare importantă, plasarea hipnozei pe terenul psihologiei a fost o realizare deosebită.

Tot lui Braid îi datorăm şi termenul de hipnoză. El a preluat metafora somnului, utilizată de A, Bertrand (1823) pentru descrierea stării hipnotice şi a propus termenul grecesc de somn - *hypnos* - pentru a desemna ceea ce de atunci se numeşte *hipnoză.*

Spre sfârşitul secolului al XlX-lea capătă amploare, îndeosebi prin lucrările lui Charcot, explicaţiile neurologice date hipnozei. Iniţial, teoriile neurologice au avut la bază, cel puţin parţial, lucrările comparative asupra comportamentului animal şi uman. Astfel, observaţiile lui Preyer şi Czemark asupra catalepsiei la animale au condus la ideea că aceasta ar fi analoagă hipnozei umane.

J.M. Charcot, şeful faimosului spital de psihiatrie de la Salpetriere din Paris, era interesat de funcţionarea sistemului nervos, în special de aspectele patologice ale acestei funcţionări. începându-şi studiile asupra hipnozei (1878), el a abordat subiecţii hipnotizaţi cu aceeaşi metodologie utilizată la pacienţii săi cu boli neurologice. De-a lungul unei perioade de peste zece ani, când s-a interesat de hipnoză, toţi subiecţii studiaţi au fost femei cu diagnosticul de isterie. în acest fel, fără să-şi dea seama, el a impus, din capul locului, limite cercetărilor sale, studiind hipnoza ca

manifestare a unei anume patologii.

Studiind pacientele sale isterice, Charcot a ajuns la concluzia că anumiţi stimuli fizici pot produce anumite reacţii etichetate de el „stadii ale hipnozei". Aceşti stimuli fizici au fost trataţi ca fiind similari celor utilizaţi în examinarea neurologică standard (de pildă, stimularea unui tendon). Fenomenele psihologice care apăreau, şi care nu totdeauna erau notate, fiind considerate neimportante, erau etichetate ca manifestări neuropatologice. Cele trei stadii ale hipnozei descrise de Charcot sunt: starea cataleptică. starea letargică şi starea somnambulismului artificial.

Mulţi dintre contemporanii lui Charcot vedeau în concepţia acestuia o reîntoarcere la teoriile şi practicile mesmeriste şi magnetice, deoarece acesta credea în eficienţa unor

stimuli fizici în producerea convulsiilor pacientului. Pentru Charcot, sugestia întâlnită în viafa de zi cu zi era un proces fiziologic norma), în timp ce hipnoza era considerată un fenomen patologic, o isterie produsa artificial şi privită ca o formă definitivă de neuropatologie.

în opoziţie cu ideile şcolii de la Salpetriere, s-a dezvoltat o altă concepţie asupra hipnozei în cadrul şcolii de la Nancy, al cărei reprezentant de seamă a fost Bernheim. Două idei importante circumscriu concepţia generală a lui Bernheim: continuitatea hipnozei cu comportamentul cotidian şi natura psihologică a hipnozei. Actele hipnotice, sublinia acesta, sunt analoage, dacă nu identice, cu actele realizate în viaja de zi cu zi care au un caracter automat, involuntar şi inconştient. Hipnoza este, spunea Bernheim, „o stare psihologică pe care o poate realiza aproape oricine şi în care sugestibilitatea era crescută". Condiţia psihologică era cea a concentrării atenţiei asupra unei singure idei, idee care putea conduce la acţiune. Ipoteza acţiunii ideomotorii a fost piatra unghiulară a teoriei Iui Bernheim. Acesta argumenta că în viaţa de zi cu zi fiecare dintre noi trăim tot felul de erori de percepţie, halucinaţii şi iluzii. Aceste erori, dacă nu sunt controlate logic, conduc la acţiuni motorii, la comportamente. De pildă, un soldat aflat în gardă poate avea impresia că aude un zgomot într-un tufiş din faţa lui şi, urmare a acestei iluzii. să tragă câteva focuri de armă în direcţia respectivă. Asemenea comportamente pot uneori să-şi aibă originea în idei produse de impresii senzoriale, alteori în idei produse de alţii cu ajutorul gesturilor şi limbajului. Totuşi, în stare de veghe obişnuită, nu orice idee activează comportamentele corespunzătoare, deoarece intervin anumite cenzuri logice care evaluează consecinţele comportamentelor sugerate. în hipnoză se petrece un proces similar, cu deosebirea că în timpul hipnozei sugestibilitatea fiind mai crescută, probabilitatea ca o idee sugerată să provoace un comportament corespunzător este mai mare. Condiţia acestei sugestibilită(i crescute este sugestia însăşi.

Şcoala de la Nancy poate fi creditată cu consacrarea noţiunii de sugestie, asimilată mai târziu de sociologi, psihanalişti şi psihosociologi care au convertit-o în concepte precum imitaţie, identificare şi asumare de rol. Freud însuşi, colaborator al lui Bernheim, care a abandonat hipnoza în favoarea propriei metode, apropie sugestia de ceea ce el a conceptualizat sub numele de transfer.

Totuşi, adepţii şcolii de la Nancy nu au reuşit să explice de ce unele sugestii nu produc o idee capabilă să activeze un comportament specific sau de ce unele sugestii activează comportamente contrare intenţiei implicite vehiculate de acestea. O altă contribuţie a fost evidenţierea naturii subiective a transei hipnotice (în conformitate cu ideile lui Braid), recunoaşterea faptului că, în cadrul interacţiunii induclor-indus, acesta din urmă este cel mat important factor.

Asociaţionismul, dominant în gândirea psihologică de la cumpăna secolelor XIX-XX, s-a manifestat şi în domeniul hipnozei. Reprezentativă

este lucrarea lui Wundt (1882) *Hipnotism şi sugestie,* în care autorul, după ce acceptă drept cauză psihologică primară a hipnozei sugestia, o defineşte pe aceasta din urmă ca fiind un proces asociativ, însoţit de o restrângere a câmpului de conştiinţă. Sugestia de somn - spune Wundt - activează în subiect asociaţii cu starea de somn, cu senzaţiile specifice acestei stări: senzaţii de relaxare a membrelor, închiderea ochilor, abandonarea ideilor etc... Totuşi, el nu a identificat elementele ce produc restrângerea sau focalizarea atenţiei asupra unui singur set de idei şi nu a luat suficient în consideraţie natura interpersonală a hipnozei.

Experimentul, ca metodă irefutabilă a psihologiei ştiinţifice, a fost utilizat în domeniul hipnozei de către C. Huli *(Hipnoză şi sugestibilitate,* 1933). Aspectul principal al cercetărilor lui Huli şi ale colaboratorilor săi a fost utilizarea subiecţilor şi condiţiilor de control. Subiecţii nehipnotizaţi ai grupului de control au fost expuşi Ia aceeaşi categorie de stimuli sau condiţii experimentale ca şi subiecţii hipnotizaţi. Diferenţele obţinute între subiecţii acestor situaţii experimentale au fost considerate relevanta pentru natura fenomenului hipnotic. Dintre concluziile Iui Huli, majoritatea valabile şi astăzi, amintim: somnul şi transa hipnotică nu au nici o legătură între ele, iar amintirile recente sunt actualizate la fel in starea de hipnoză ca şi în starea normală; tot ceea ce poate Fi obţinut în hipnoză poate fi obţinut şi prin sugestie nonhipnotică, deşi într-o formă atenuată. Indepărtându-se de modelul clasic stimul-răspuns, dominant în laboratoarele de fiziologie şi psihologie, Huli a privit hipnoza ca efect al unei sugestii de prestigiu, subliniind implicit elementul social, interpersonal al situaţiei hipnotice. El a evidenţiat rolul învăţării în modelarea hipnotizabilităţii şi a considerat incorectă apropierea hipnozei de imobilitatea tonică a animalelor, numită şi „hipnoză animală". Teoria lui Huli are totuşi limitele generale ale teoriei behavioriste, întrucât nu valorifică autorapoartele subiecţilor bazate pe introspecţie.

2. Teorii moderne asupra hipnozei

2.1. Hipnoză sau hipnoze?

După cum remarca Weitzenhoffer, „de-a lungul celor 150 ani de când se vorbeşte de hipnotism, cercetătorii au desemnat prin cuvântul hipnoză mai multe stări de spirit care aveau anumite puncte în comun, dar care erau totuşi diferite. Trebuie să gândim deci hipnoza la plural mai degrabă decât la singular" *(cf.* Godin, 1992, p. 131).

Literatura din acest domeniu, ca şi varietatea de tehnici utilizate, conduc la ideca că actualmente coexistă mai multe „hipnoze", fiecare având dimensiuni terapeutice interesante. Ele comportă teorii, practici şi, desigur, efecte diferite. Acest fapt poate fi uşor evidenţiat făcând o scurtă trecere în revistă a câtorva definiţii. Astfel, hipnoza este *„o stare pasageră de atenţie modificată" (British Medical Association,* 1955), *„stare artificială particulară a omului, produsă prin sugestie" (Enciclopedia medicală a U.R.S.S.,* 1982) ori *„stare modificată a conştiinţei"* (Chertok, 1979). Acest tip de stare este caracterizată prin distorsiuni mnezice şi senzoriale, creşterea sensibilităţii la sugestie, catalepsie, anestezie etc.

In momentul în care s-a descoperit că toate fenomenele „specifice" hipnozei pot apărea şi în alte diverse situaţii, o seric de autori au afirmat că hipnoza nu există. „Ceea ce există - spun Laurence şi Perry, 1988 - este interacţiunea dintre un context dat şi aptitudinea subiectului de a răspunde la acest context." *(cf.* Godin, 1992, p. 82) Alţi autori (Haley, Erickson, De

Shazer etc.) consideră că hipnoza este termenul utilizat pentru a descrie un anume tip de relaţie dintre terapeut şi pacient, relaţie caracterizată printr-o bună „focalizare a atenţiei" (De Shazer, 1985, p. 12). Privită astfel, cu greu un observator naiv ar putea deosebi tehnicile de inducţie, de cele mai multe ori indirecte, paradoxale, utilizând povestirea ori metafora, de alte tehnici de psihoterapie şi nici nu ar putea spune când a început inducerea „transei" hipnotice. Acest tip de hipnoză - numit

de Araoz şi Godin „noua hipnoză" - se aseamănă foarte mult cu demersul terapeutic sistemic-interacţional promovat de şcoala de la Palo Alto: „Dacă se face abstracţie de cuvântul hipnoză, este evident că acest demers nu este fundamental diferit de cel pe care îl preconizăm noi" (Watzlawick, 1992, p. 9).

Varietatea acestor demersuri teoretice face dificilă orice încercare de sistematizare. Orice clasificare şi etichetare sunt discutabile. La Congresul de la Munchen (al Il-lea Congres de hipnoză şi psihoterapie ericksonianâ, octombrie 1995), o masă rotundă a pus fa{ă în faţă pe unul dintre cei mai reprezentativi teoreticieni ai hipnozei tradiţionale - A. Weitzenhoffer, şi pe J. Zeig - preşedintele Fundaţiei ,.M. Erickson" din S.U.A., promotorul „noii hipnoze". Concluzia la care s-a ajuns a fost aceea că nu se pot aplica etichete, că hipnoza tradiţională nu intră în dezacord cu principiile ştiinţifice promovate de „noua hipnoză" şi că hipnoterapia eficientă trebuie să integreze clementele valoroase indiferent de etichetele ce le însoţesc.

Propunem totuşi cititorului o recentă sistematizare a acestor teorii ce deosebeşte două orientări principale cu privire la fenomenul hipnozei: punctul de vedere „tradiţional" asupra hipnozei ca *„stare modificată a conştiinţei" (state-tlieory)* şi abordarea hipnozei ca *stare psihologică construită (non-slatc tlieory),*

2.2. Hipnoza ca „stare modificată a conştiinţei"

Dintre teoreticienii ale căror idei pot fi circumscrise acestui cadru de referinţă putem cita pe Chertok (1981), Erickson (Rossi, 1980), llilgard (1965) şi Spicgel & Spiegel (1978).

Starea modificată a conştiinţei are o definiţie relativ simplă şi vagă. Ea se exprimă printr-o anume „deviaţie a experienţei subiective sau a funcţionării psihologice în raport cu anumite norme generale" notează Weitzenlioffcr citându-f pe A. Ludwig. Chertok se referă la acest concept dintr-o perspectivă mai clară : „Stările modificate ale conştiinţei pot fi diferite în unele din mecanismele lor, dar ni se pare că ele au în comun raptul că un subiect aflat în una din aceste stări îşi pierde totdeauna mai mult sau mai puţin identitatea în timpul transei". Pentru Weitzenhoffer, stările de transă sunt o subgrupă a stărilor modificate ale conştiinţei.

Acest model afirmă, în general, că starea de „veghe" obişnuită este transformată într-o transă hipnotică, cu caracteristici deosebite, prin utilizarea unor procedee de inducţie, precum procedeul fixării ori prin sugestii verbale de somn şi relaxare, deşi nu este total exclusă şi apariţia ei spontană. Starea de transă permite manifestarea unor comportamente şi fenomene psihice cu atât mai probabile cu cât hipnoza este mai profundă, între care s-ar putea menţiona : regres ia, amnezia, modificări ideomotorii sau ideosenzoriale (de exemplu : catalepsia, levitaţia, analgezia) şi halucinaţiile. Cercetările ştiinţifice efectuate utilizează, în scopul măsurării sensibilităţii hipnotice şi a profunzimii hipnozei, scări standardizate între care, printre cele mai utilizate, sunt Scala de sensibilitate hipnotică Stanford, formele A şi B şi Scala de grup pentru sensibilitate hipnotică

Harvard. Aceste scări încep, de obicei, cu un rilual de inducţie însoţit de sugestii variate precum coborârea braţului, amnezic şi, uneori, halucinaţii'.

Cele mai influente teorii din această categorie afirmă că hipnoza este o stare modificată a conştiinţei care conduce subiecţii la actualizarea unor capacităţi „disociative" [1]

1 în Anexa 4 prezentăm o formă prescurtată şi comentată a Scării de liipnotizabilitaie Harvard.

care există în ei. Ilustrativă în acest sens este teoria „neo-disocierii" a lui Hilgard (Hilgard, 1986, 1991). Bazându-şi ideile pe cele ale primilor disociaţionişli precum Prince şi Janet, Hilgard argumentează că există sisteme multiple de control care nu sunt toate conştiente în acelaşi timp. în mod normal aceste sisteme cognitive de control sunt în subordinea unui „ego executiv", structură centrală de control. Când subiectul intră în hipnoză, o serie de controale şi monitorizări normale sunt înlăturate, încât, răspunzând ta sugestie, mişcările motorii sunt trăite ca involuntare, memoria şi percepţia sunt distorsionate. Pentru a-şi demonstra acest principiu, Hilgard se referă frecvent la fenomenul „observatorului ascuns", o metaforă deseori utilizată în timpul inducţiei pentru a denumi partea inconştientă a psihismului disociată de cea conştientă. Hilgard şi colaboratorii afirmă că, utilizând această tehnică cu subiecţii hipnotizaţi, ei pot avea acces la alte sisteme de control pe care altfel subiectul nu Ic conştientizează.

Poziţia lui Erickson este mai nuanţată sau insuficient de clară, fapt ce confirmă, încă o dată, caracterul reducţionist al acestei clasificări. Pentru Rossi, concepţia lui Erickson ar putea fi circumscrisă, indiscutabil, concepţiei care priveşte hipnoza ca „stare modificată a conştiinţei". Totuşi, exemplele întâlnite în lucrările lui Erickson fac referire la definiţia unei stări ce ar putea fi calificată *ca funcţională* (Godin, 1992, p. 108). Iată, de pildă, o analogie a *stării* de hipnoză propusă de Erickson: „Când citiţi o carte şi soţia dumneavoastră vă vorbeşte, vi se întâmplă să nu-i răspundeţi imediat. Zece minute după aceea, spuneţi: Mi-ai vorbit?" (Erickson & Rossi, 1981).

Totuşi, unii din adepţii hipnozei ericksoniene caracterizează transa hipnotica utilizând un limbaj asemănător cu cel utilizat de Hilgard. Astfel, transa „permite depăşirea mecanismelor de apărare conştiente, obişnuite, şi accesul la resurse inconştiente. Comunicarea este stimulată şi subiectul este capabil să audă şi să înţeleagă la nivele multiple" (Erickson). în scopul realizării unei inducţii eficiente, Lankton & Lankton propun formule verbale care au ca scop stimularea capacităţii disociative: *„mintea ta conştientă ascultă şi aude cuvintele mele... în timp ce mintea ta inconştientă face cu totul altceva", „mintea ta conştientă se poate îndoi că... dar mintea ta inconştientă îşi dezvoltă propriul curs al gândirii"* etc.

Conceptul disocierii este deosebit de util pentru teoriile care privesc hipnoza ca „stare", întrucât introduc cadrul de referinţă al inconştientului care, pe de o parte absolvă persoana hipnotizată de responsabilitatea unor reacţii (de exemplu efectele sugestiei sunt trăite ca întâmplându-se involuntar) şi, pe de altă parte, explică caracterul unic, neobişnuit, al trăirilor hipnotice şi faptul ca performanţa hipnotică transcende performanţa din starea de veghe (de exemplu: analgczia, halucinaţiile etc).

2.3. Hipnoza ca realitate psihologică construită

Scepticismul privind noţiunea hipnozei ca stare modificată a conştiinţei s-a dezvoltat după 1960 (Barber, 1969, Sarbin & Coe, 1972, Spanos, 1991 etc). Deşi cu unele diferenţe, aceşti teoreticieni argumentează că fenomenele hipnotice sunt mai degrabă explicabile în termenii unor concepte psihologice

inai obişnuite, în special din aria psihologiei cognitive şi sociale, precum cele de atitudine, expectanţă, credinţă, supunere, imaginaţie, atenţie, concentrare, distragere şi relaxare[1]. Pentru majoritatea autorilor ce

1 în Anexa 2 prezentăm Scara de hipnotizat» litatc Wilson Barber care ilustrează bine rolul imaginaţiei în trăirea unor fenomene hipnotice.

aparţin acestei orientări, situaţia hipnotică este mai bine explicată ca interacţiune socială in care atât hipnotizatorul cât şi subiectul îşi asumă anumite roluri, rolul subiectului fiind acela de a se prezenta pe sine însuşi ca „hipnotizat", conform cu aşteptările anterioare si cu indicatorii disponibili în situaţia în care se află. Aceasta /iu înseamnă că manifestările hipnotice sunt neautentice şi simulate (deşi uneori pot fi). Subiectul poate deveni foarte implicat în rol şi poate utiliza o serie de strategii pentru a ajunge la comportamentele dorite (de exemplu : imaginaţia, focalizarea atenţiei etc.).

Teoreticienii punctului de vedere că hipnoza nu este o stare alterată a conştiinţei pun la îndoială afirmaţia conform căreia comportamentul hipnotic este automat. De exemplu, Spanos (1968) argumentează că, din cauză că aspectul involuntar este implicat, vehiculat de sugestie, subiecţii pot încerca să redefinească activ ceea ce este de fapt comportament voluntar, ca involuntar. Această orientare teoretică respinge ideea că manifestările comportamentale hipnotice pot transcende performanţele comportamentale non-hipnotice, normale.

Supunerea, conformarea, simularea sunt comportamente recunoscute de toţi cercetătorii. însă pentru adepţii „non-stării" hipnotice conformarea nu este chiar un neajuns în cercetarea hipnozei, ea putând fi parte integrantă a comportamentului hipnotic.

Ideile menţionate îi conduc pe unii teoreticieni ai acestei orientări să afirme că hipnoza nu există. La această provocare nu există totuşi un răspuns simplu; majoritatea teoreticienilor „non-stării" hipnotice continuă să utilizeze cuvintele de „hipnoză" sau „hipnotic" în mod operaţional pentru a se referi la orice context definit de participanţi cu ajutorul termenului de „hipnoză".

„Dorim să păstrăm acest concept: noi nu explicăm hipnoza prin procese speciale, care să merite un nume special; noi spunem că hipnoza este fructul anumitor atitudini pentru care anumite concepte, şi în primul rând cel de hipnoză, au valoarea de suport... Hipnoza reprezintă cultura anumitor fenomene psihologice." (Godin, 1992, p. 131) Din această perspectivă a „non-stării" hipnotice, „hipnoza" există, dar ca etichetă pentru un context, mai degrabă, decât ca stare alterată a conştiinţei.

2.4. Rolul cxpectanţclor în construcţia psihologică a hipnozei

Dacă acceptăm punctele de vedere prezentate anterior, hipnoza nu este altceva decât cadrul de referinţă ce permite realizarea unor atitudini, aşteptări, credinţe şi, prin aceasta, hipnoza tradiţională se deosebeşte de noua hipnoză, ele având premise diferite. Desigur, practicienii ştiu, doar prin simpla utilizare a cuvântului hipnoză s-ar putea mobiliza aşteptări pozitive, dar şi rezistenţe.

Utilizarea judicioasă a aşteptărilor este, deseori, suficientă pentru a induce hipnoza. Cu ocazia unei demonstraţii, Erickson cere unui subiect rezistent să binevoiască să urce pe estradă. Deşi el nu a făcut nimic, subiectul a intrat în hipnoză pentru că, spune Erickson „noi suntem doi pe

scenă şi ar trebui ca unul dintre noi să facă ceva" *(cf.* Godin, 1922, p. 38).

De altfel, indiferent de orientarea teoretică căreia îi aparţine hipnoterapeutul, de cele mai multe ori el urmăreşte să formeze subiectului credinţa că terapeutul face de fiecare dată predicţti ce se împlinesc. Astfel, anticipând iniţial efecte şi comportamente ce sunt expresia unor fenomene fiziologice determinate de utilizarea tehnicii de inducţie (de exemplu, fixarea determină oboseală oculară, dilatarea pupilei etc, trăite subiectiv ca

senza(ie de greutate a pleoapelor, vedere difuză etc.), terapeutul obţine din partea pacientului acordul necesar ce va favoriza conformarea la următoarele predicţii, aşteptări specifice „transei" hipnotice. în plus, atitudinea de aşteptare a operatorului se înscrie într-un limbaj nonverbal care contribuie la uşurinţa cu care el induce hipnoza.

Cercetări în domeniu consemnează existenţa unor abordări sistematice ale rolului expectanţelor în hipnoză. Dintre acestea menţionăm câteva.

Deşi majoritatea autorilor consideră că expectanţele subiecţilor au un anume rol în determinarea sensibilităţii lor hipnotice, nu s-a ajuns la un acord unanim privind intensitatea corelaţiei lor cu hipnotizabilitatea. Astfel, în timp ce Melei/ Hilgard (1964), Dermen şi London (1965) au găsit corelaţii pozitive slabe între expectanţele subiecţilor privind hipnotizabilitatea lor şi scorurile la o scală de sensibilitate hipnotică, Barber şi Calverley (1966,1969), Gregory şi Diamond (1973) etc*. au obţinut corelaţii semnificative variind între 0,33 şi 0,62 *(cf.* Barber, Spanos, Chaves, 1974). Această situaţie ar putea fi explicată prin faptul că, în majoritatea situaţiilor experimentale, subiecţii aveau reprezentări diferite despre hipnoză, încât, din punct de vedere psihologic, nu au manipulat toţi aceeaşi variabilă.

întrucât comportamentele specifice transei hipnotice sunt percepute ca producându-se în mod automat, involuntar, expectanţele producerii lor pot fi incluse în categoria, numită de Kirsch, a expectanţelor de răspuns *(response expectancies).* Expectanţele de răspuns referitoare la comportamentul hipnotic pot fi influenţate de trei categorii de factori (Kirsch):

- percepţia *situaţiei* ca fiind mai mult sau mai puţin potrivită apariţiei răspunsurilor hipnotice;
- percepţia *răspunsului* ca fiind potrivit rolului de subiect hipnotizat;
- ideea pe care şi-o face subiectul despre *hipnotizflbilitatea* sa.

Structura acestui studiu nu ne permite analiza detaliată a acestor factori. Reţinem totuşi că, referitor la situaţia hipnotică, cu cât contextul şj procedurile de inducere utilizate sunt mai credibile, cu atât expectanţele subiecţilor de a fi hipnotizaţi sunt mai intense. Cu privire la această problemă, Sheehan şi Perry (1976) notau că „nu condiţiile procedurale în sine sunt importante, ci faptul că subiectul se percepe sau nu pe el ca parte a contextului care este «potrivit» pentru apariţia comportamentului hipnotic" *(cf.* Kirsch, 1985, p. 1195).

într-o lucrare de referinţă în literatura asupra hipnozei *Hypnosis. A Social Psychological Analysis of Influence CommunicaUon,* Sarbin şi Coe, interpretând hipnoza în termenii teoriei rolului, acordă o importanţă deosebită expectanţelor. Expectanţele de rol (rolul de persoană hipnotizată) conturează coordonatele transei hipnotice, particularizează comportamentul hipnotic al subiectului. Ele se află într-o strânsă relaţie cu ceea ce Sârb;" şi Coe numesc „localizarea rolului" *(role location),* proces circumscris răspunsurilor pe care „actorul" le dă la următoarele întrebări: „Cine este el? Cine eşti tu ? " şi la întrebările reciproce „Cine sunt eu ? Ce se aşteaptă de la mine ? ". Reprezentarea pe care subiectul o are cu privire la rolul de subiect

hipnotizat este completată, în timpul inducerii transei hipnotice, prin verbalizarea sugestivă de către terapeut a expectanţelor referitoare la reacţiile sale.

Asocierea hipnotizabilităţii cu unele trăsături şi calităţi devalorizate social (credulitate, incapacitate voluntară etc.) influenţează expectanţele subiectului de a fi hipnotizat.

Utilizând aceleaşi proceduri de inducere, Barber şi Calverley au obţinut rezultate diferite după cum siruajia a fost prezentată subiecţilor ca vizând testarea credulităţii sau capacităţii imaginative.

Alte studii au demonstrat că, în timpul hipnozei, subiecţii au actualizat, în general, acele comportamente incluse în reprezentările ior despre transa hipnotică, descrise înaintea inducerii (Henry, 1985). Tocmai de aceea analiza reprezentărilor, a „miturilor" pe care le au subiecţii în legătură cu hipnoza este absolul necesară dacă se doreşte o influenţare a expectanţelor acestora.

Se pare că reprezentarea pe care *o* au subiecţii naivi despre hipnoză nu este suficient de structurată si, prin urmare, capabilă să genereze expectanţe foarte puternice privind sensibilitatea lor hipnotică. De aceea expectanţa explică, în cazul subiecţilor naivi, doar aproximativ 10% din varianta răspunsului la tehnicile de inducţie hipnotică (Melei & Hilgard, 1964; Shor, 1971; Wadden, 1983). în schimb, expccianţele răspunsurilor la sugestie emise după inducerea transei corelează mult mai puternic cu hipnotizabilitatea, fept ce confirmă ideea că inducţia hipnotică poate influenţa hipnotizabilitatea prin modificarea expectanţelor de răspuns (Kirsch, 1985).

în hipnoză, expectanţele nu se manifestă doar în maniera analizată până acum. Numeroşi cercetători evidenţiază faptul că răspunsurile la sugestiile hipnotice (sau non-hipnotice) pot fi expresia unor „predicţii ce se autoîmplinesc". In acest caz, diversele comportamente intra-hipnotice sunt şi expresia credinţelor, expectanţelor manifestate într-o manieră discretă, implicită, de către inductor sau alte persoane semnificative din anturajul subiectului. Pentru ilustrare menţionăm un studiu efectuat de Spanos, Manary, Gabora, Dubreuil şi Dewhirst (1991) asupra fenomenului identităţii multiple întâlnit în cazul unor regresii de vârstă inira-hipnoiice şi considerat de urni ca argument pentru susţinerea teoriei reîncarnării. Aceştia consideră că identităţile unor vieţi anterioare sunt produse interpersonale ale căror caracteristici sunt antrenate de expectanţele unor persoane semnificative, între care şi hipnotizatorul. Experimentele autorilor citaţi demonstrează (în concordanţă şi cu rezultatele altor cercetători) că *„subiecţii îsi modelează fanteziile despre viaţa trecută astfel ca ele sâ corespundă expedaţiilor transmise de hipnotizator".*

CAPITOLUL II

Sugestie şi hipnoza

1. **Perspectivă istorico-teoretică asupra sugestiei**

Cercetarea sugestiei are o evoluţie oarecum particulară în istoria psihologiei. încă de la începutul secolului, sugestibilitatea, alături de alte dimensiuni psihologice precum inteligenţa, acuitatea senzorială etc, a suscitat în mod deosebit interesul cercetătorilor. Disputa dintre Charcot şi Liebeault cu privire la natura sugestibilităţii isterice a stimulat cercetarea domeniului. Astfel, la scurt timp după apariţia lucrării lui A. Binet *La suggestibilite"* (1900), „sugestibilitatea era una din puţinele trăsături ale personalităţii pentru care existau deja suficiente teste ce garantau acoperirea domeniului" (McGuire, 1989, p. 305). Alături de Binet, toţi marii psihologi, care au creat la cumpăna ultimilor două secole, au adus contribuţii utile la înţelegerea procesului sugestiei: Bernheim, Freud, W. James, Janet, McDougall, Wundt, Pavlov etc. In ciuda acestui fapt, disputele teoretice în acest domeniu continuă şi astăzi, iar sugestia nu este încă un domeniu cu adevărat independent al cercetării psihologice (dacă excludem domeniul hipnozei).

Tocmai de aceea, considerăm că o scurtă schiţă istorico-teoretică a sugestiei-sugesti- bilităţii se poate dovedi utilă în înţelegerea disputelor, orientărilor şi temelor de interes pe care le prezintă astăzi acest domeniu.

„Doctrina sugestiei" a lui Bernheim (1884) ca şi consideraţiile lui Binet (1900) despre sugestie ca *„ idee directoare "*subliniază necesitatea de a privi sugestia ca *situaţie stimul.* Mai târziu, Young (1931) precizează că sugestia trebuie considerată ca tentativă (de influenţare) care poate fi analizată independent de subiectul căruia i se adresează; de aici evidenţierea *caracterului potenţial al sugestiei* şi necesitatea de a separa sugestia de sugestibilitate.

Opinia, dominantă şi azi, conform căreia efectele sugestiei pot fi găsite în domeniul nonraţionalului este expresia conceptualizării lui McDougall (1908). Acesta consideră sugestia ca proces de comunicare care are ca rezultat acceptarea cu convingere a propoziţiei comunicate în absenţa unei baze logice adecvate de acceptare, Deşi experienţa

ulterioară 1-a forţat pe McDougall să admită că atitudinile sau acţiunile induse de sugestie nu trebuie, în mod necesar, să fie opuse raţiunii şi că ele pot să se împletească cu argumentarea, el nu şi-a modificat teoria.

Cele mai multe teorii explicative ale sugestiei şi sugestibilităţii pot fi considerate monoideiste, întrucât se bazează pe noţiunea că sugestia este vehiculul unei idei care devine dominantă in anumite condiţii şi tinde, prin aceasta, să prevaleze în raport cu celelalte idei concurente.

Acest concept este explicit formulat de Braid, Bemheim *(„sugestia este actul prin care o idee este activată in creier si acceptată de acesta ")* şi Binet *(„idee directoare ").* După cum remarcă mai mulţi cercetători (Eysenck, Hilgard etc.) chiar şi *constructul ideomotor,* care este considerat un principiu explicativ pentru sugestibilitatea motorie, postulează efectul unei idei dominante.

Monoideismul nu a rezistat mult timp in forma sa iniţială. El este continuat - după cum sublinia V.A! Gheorghiu - înlr-un fel sau altul în constructe specifice, considerate variabile moderatoare ale proceselor sugestive. Acestea includ: *expectanţele, atenţia concentrată sau selectivă, set, stimulare cu sens predominant, prejudecăţile „necesare ", caracteristici incitative* etc.

Unul din conceptele cu valenţe integrative ce trebuie menţionat aici este *conceptul autoîmplinirii profeţiei* introdus în psihologie prin lucrările lui Rosenthal şi ale colaboratorilor lui. „Se poate uşor imagina că mecanismul autoîmplinirii profeţiei există în toate procesele sugestibilităţii care au la bază implicit sau explicit procesele expectanţei" (Gheorghiu, 1989, p. 34). Acest concept se referă la procesul în care *plauzibilitatea unei situaţii antrenează o tendinţă inerentă de împlinire a ei.* Fenomenele studiate din această perspectivă sunt destul de variate (exemple: studentul care devine mai talentat pentru că este considerat astfel - Rosenthal & Jacobson, 1968/1972; modificările somatice întâlnite în falsa sarcină - Pavlov, 1927).

Perspectiva asociaţionistă dominantă în psihologia primelor decenii ale veacului nostru a pătruns şi în domeniul sugestiei. După cum remarca Allport, psihologul scoţian Brown (1920) a utilizat termenul „sugestie" ca sinonim pentru asociaţie, iar Freud a afirmat clar că asociaţia constituie baza fenomenului sugestiv. Acestui model asociativ îi aparţin şi afirmaţiile care consideră condiţionarea ca principiu de bază al comportamentului sugerat.

Vorbind despre sugestie, Pavlov subliniază că la om cuvântul, ca reflex condiţionat, poate semnaliza orice, poate înlocui orice şi poate prilejui apariţia tuturor acţiunilor şi reacţiilor organismului, determinate de stimulii obiectivi. Accentuând valoarea cuvântului ca „semnal al semnalelor" în demersul sugestiv, Pavlov a fost acuzat de un reducţionism fiziologic simplist (Asch, 1952), trecându-se cu vederea că acesta nu a exclus faptul că percepţiile, ideile, emoţiile etc, pot şi ele funcţiona ca stimuli sugestivi. După cum nota V.A. Gheorghiu (1989), importanţa generală a punctului de vedere al lui Pavlov rezidă în mod deosebit în relaţia sa cu *ideea substituirii* - concept central în teoria actuală despre sugestie.

Hilgard a reactivat, prin a sa *teorie a neodisocierii,* teoria mai veche a disocierii, care vede influenţa sugestiei (hipnotice) ca o expresie a stării subconştiente, disociată sau dezagregată de conştiinţa normală. Hilgard postulează o ierarhie a sistemelor de control ce operează în orice moment la un individ dat şi consideră că hipnoza modifică

aranjarea ierarhică a acestor controale, încât ele se disociază sau se asociază în structuri noi. Pentru că multe teorii despre sugestie accentuează asupra ocolirii instanţelor critice raţionale, teoria lui Hilgard este importantă, întrucât lansează problema necesităţii cunoaşterii în ce măsură cel puţin anumite efecte ale sugestiei bazate pe procese de substituţie sunt controlate de subsisteme cognitive.

Pentru a explica efectele sugestiei asupra percepţiei, Sherif (1935) a utilizat un model cognitiv care a început să fie cunoscut sub numele de *„cadru de referinţă" (frame of reference).* Teza sa principală este că, într-o situaţie nestructurată, caracterizată printr-un

mare grad de ambiguitate, nu există o simplă „percepţie a haosului". Structurile percepute în aceste situaţii sunt efectul unor funcţii interne precum atitudini, seturi, impulsuri, stări emoţionale etc. Acest fapt explică receptivitatea crescută ia sugestie a subiectului aflat într-o situaţie caracterizată prin ambiguitate (ulterior Asch a demonstrat că şi în faţa unor stimuli clar structuraţi presiunea grupului poate mări sensibilitatea la sugestie). Concepţia lui Sherif capătă o importanţă specială, pentru că ea consideră fenomenul sugestibilităţii din perspectiva largă a psihologiei cognitive şi sociale.

2. Privire retrospectivă asupra cercetărilor în domeniul sugestiei

în amplul studiu dedicat acestei probleme, V.A. Gheorghiu (1989) remarca faptul că există trei orientări principale în cercetarea sugestiei şi sugestibilităţii:

a) sugestia în relaţie cu hipnoza;
b) sugestia ca trăsătură a personalităţii;
c) sugestia ca fenomen psihosocial.

După depăşirea primei etape, în care hipnoza era explicată prin postularea unei influenţe fizice (magnetismul), sugestia devine, treptat, principalul principiu explicativ al hipnozei (Bemheim, 1888). Legătura dintre sugestie şi hipnoză este evidentă în cercetările moderne asupra hipnozei, întrucât majoritatea scalelor pentru testarea hipnoli- zabilităţii se bazează pe itemi ai sugestiei, iar tehnicile de inducţie hipnotică conţin comunicări sugestive.

în general, cercetările au încercat să determine (Gheorghiu, 1989, p. 4):

1) dacă există relaţii între aşa-munita sugcslibilitale în slare de veghe *(waking suggestibility)* şi sugestibilitatea hipnotică (Eysenck & Furneaux, 1945 ; Hilgard, 1965; Stukat, 1958);
2) dacă, şi în ce măsură, procedura de inducţie hipnotică creşte sugestibilitatea (Barber, 1969; Hilgard & Tari, 1966; Weitzenhoffer & Sjoberg, 1961);
3) dacă fenomenele, care în mod tradiţional sunt descrise în hipnoză, pot fi explicate doar prin influenţa sugestiei (dacă, de pildă, ele pot fi provocate, cum afirma Bemheim, independent de contextul hipnotic).

Deşi relaţia dintre hipnoză şi sugestie a constituit tema multor cercetări, şi în prezent opiniile sunt împărţite. Astfel, în contrast cu Bernheim (1888) şi Weitzenhoffer, care consideră *hipnoza o formă de manifestare a sugestiei,* Hilgard (1987) consideră că, alături de aceasta din urmă, imaginaţia şi fantezia joacă un rol deosebit.

Pe de altă parte, o serie de cercetări privind amnezia spontană (Cooper,

1979; Hilgard, 1969), stările spontane de relaxare în hipnoză (în absenţa sugestiilor specifice), trăirea subiectivă a timpului în stare hipnotică, limitează în mod deosebit rolul sugestiei în hipnoză. După o analiză critică a acestora, V.A. Gheorghiu (1989, pp. 8-9) concluzionează că hipnoza fără sugestie trebuie să fie concepută ca hipnoză fără sugestie explicită şi că, alături de aceasta, trebuie luate în considerare şi o serie de alte *variabile moderatoare: procesele imaginative, expectajiile, credinţa, iluzia, disociaţia, concentrarea atenţiei, motivaţia, asumarea roiului, interacţiunile, captarea etc.*

Analiza cercetărilor care au studiat hipnoza şi sugestia independent una de cealaltă ar putea facilita o analiză critică a problemelor ridicate de relaţia dintre sugestie şi hipnoză. întrucât acest aspect este deosebit de complex şi mi-1 putem analiza în acest context, menţionam doar că cercetările sugestiei, independent de contextul hipnotic, au vizat în principal următoarele aspecte:

- poate fi sugestia înţeleasă ca un fenomen simplu sau ca un fenomen multidimensional ?
- există relaţii între sugestibilitate şi alte caracteristici ale personalităţii, sau între sugestie şi alte fenomene psihologice ?
- este posibil de identificat factorii implicaţi în producerea răspunsurilor Ia sugestie ? (Gheorghiu, 1989, p. 12).

Problema caracterului multidimensional al sugestibilităţii a fost studiată experimental prin proceduri de influenţare a proceselor senzoriale, proceselor motorii, proceselor mnezice.

Deşi Eysenck şi Furneaux (1945) au raportat existenţa a doi factori - sugestibilitatea primară, factor saturat de procedurile motorii directe, şi sugestibilitatea secundară, factor saturat în procedurile senzoriale indirecte -, majoritatea autorilor au găsit relaţii foarte slabe sau deloc între diferitele proceduri sugestive.

Nici asupra relaţiei dintre *reactivitateaptacebo* şi sugestibilitale nu s-a căzut de acord (Netter, 1989; Evans, 1989), iar sugestibilitatea interogativă nu corelează semnificativ, nici ea, cu vreo altă dimensiune a sugestibilităţii. Concluzia logică la care trebuie sâ ajungem este că nu există un singur factor al sugestibilităţii.

Nici cu privire Ia relaţia dintre sugestibilitate şi diverse alte variabile precum sănătatea mintală, inteligenţa şi sexul, nu există un consens. Un acord există cu privire Ia vârsta subiecţilor, în sensul că sensibilitatea la sugestie este mai mare Ia copii.

O serie de cercetări au vizat relaţia dintre sugestibilitate şi imaginaţie (Binet, 1900; Seashore, 1895), iar interesul pentru reacţiile ideomotorii a stimulat ulterior analiza critică a rolului proceselor imaginative (Arnold, 1946; Eysenck, 1947; Hilgard, 1977; Huli, 1933; Sheenan, 1979; Weitzenhoffer, 1963 etc). Aceste cercetări au comparat capacitatea imaginativă a subiecţilor cu sensibilitatea sugestivă, măsurata prin reacţia Ia teste motorii şi senzoriale, iar relaţia găsită a fost, în general, semnificativă. Majoritatea acestor cercetări au ridicat probleme metodologice comune:

- dificultatea găsirii unor itemi potriviţi pentru chestionarele de imaginaţie;
- condiţiile imaginative (în procedurile senzoriale, motorii) şi cele sugestive sunt foarte asemănătoare;
- nici în autosugestie nu există o separare clară între influenţele sugestive şi procesul imaginaţiei (Gheorghiu, 1989, p. 18).

Deşi numărul factorilor ce influenţează sugestibilitatea este mare,

cercetările s-au centrat, în general, asupra unor trăsături de personalitate, funcţii şi procese psihice precum: dispoziţia spre iluzie, imaginaţia, implicarea, conformarea, atenţia, motivaţia, expectaţia. Dintre factorii situaţionali, atenţia cercetătorilor a fost orientată, în mod deosebit, spre factorii de prestigiu, situaţii-stimul nestruclurate, presiunea grupului, influenţa diferitelor tehnici verbale de sugestie, efectul modelelor, reactivitatea *placebo* etc.

Foarte multe cercetări au studiat efectul nesiguranţei subiectului asupra sugestibili- tăţii, utilizând fie stimuli ce provoacă iluzii (M. Sherif, 1935), fie stimuli nestructuraţi

(Coffin, 1941; Lucii ins, 1945 ele.), ori inducând stări contliciualc, punând subiectul în faţa alegerii între două alternative, ambele false (Binet, 1900: Boucmbcrg & Wehner, !97l ; Gudjonssoii, 1984, 1987; Zimmerman, 1982). Acest principiu al producerii nesiguranţei este utilizat nu numai în cercetare, ci si în practică. Binet (1900) afirmă că gradul de siguranţă al unei persoane în legătură cu un eveniment se află într-o relaţie inversă cu sugestibilitatea acesteia.

Analiza tuturor acestor cercetări conduce la identificarea unor probleme metodologice generale. în ciuda multitudinii procedurilor de testare a sugestibilităţii, nu există în prezent decât foarte puţine baterii de teste standardizate. Pe de altă parte - după cum remarcă V.A. Gheorghiu (1989, p. 22) - există tendinţa unei separări prea nete între procedurile directe si indirecte în inducerea sugestiei. Pare mai potrivit, în opinia acestui autor, să vorbim de un cont intuim între modul direct şi indirect si să deosebim, astfel, proceduri indirect-directe şi direci-indirecte. De asemenea, influenţele contextuale, deosebit de importante în cercetarea sugestibilităţii, nu sunt suficient luate în consideraţie. Astfel, credibilitatea situaţiei experimentale poate fi potenţată prin proceduri indirect - -direcle, care au ca scop înlăturarea posibilităţii ca experimentatorul să fie perceput ca responsabil de ceea ce este prezentat subiectului. în plus, găsirea unei justificări adecvate pentru reacţiile subiectului creează dificultăţi suplimentare. Deoarece solicitarea făcută subiectului de a „reacţiona fără intenţie" conţine o oarecare contradicţie logică, principala presupunere este aceea că avem de-a face cu „reacţii involuntare" în termenii proceselor ideoinotorii. După cum afirma Stukat (1958, citat de Gheorghiu, 1989, p. 24), demersul ideomotor este utilizat ca un concept explicativ sau termen descriptiv din nevoia noastră de explicaţie.

3. Cercetări recente în domeniul sugestiei-sugestibilităţii

Două evenimente ştiinţifice relativ recente au prilejuit un bilanţ al cercetărilor în acest domeniu. Este vorba despre Congresul internaţional de sugestie din 1989 şi Congresul european de hipnoză în psihoterapie şi psihosomatică din 1990, ambele desfăşurate în Germania. Majori tai ea lucrărilor prezentate por fi subordonate următoarelor teme principale : aspecte teoretice şi conceptuale, evaluare şi diferenţe individuale, aspecte psihofiziologice, aspecte sociale şi cognitive ale sugestibilităţii.

3.1. Aspecte teoretice şi conceptuale ale sugestiei-sugestibilităţii

Majoritatea cercetătorilor subliniază *natura multidimensională a conceptului sugestibilităţii* şi, fără îndoială, lucrările lui H..1. Bysenck cu privire la sugestibilitatea primară şi secundară s-au dovedit a fi deosebit de fecunde în domeniul cercetării. In lucrările sale din 1943 (cu Furneaux), 1945 şi 1989. Eysenck demonstrează că există mai multe tipuri independente de sugestibilitate: sugestibilitatea primară, sugestibilitatea secundară şi - un alt tip la care a făcut doar aluzie împreună cu Furneaux - sugestibilitatea terţiară. Sugestibilitatea primară a fost desemnaiă în termenii testelor ideomotorii şi măsurarea ei corelează cu hipnotizabilitatea. Sugesiibilitatca secundară constă în receptivitatea la sugestii indirecte, in care natura precisă a scopului sau rezultatului urmărit nu este

explicită, tip de sugestibilitate care nu corelează cu hipnotizabilitatea. Cea de a treia formă de sugestibilitate (terţiară) aduce în schema conceptuală a sugestibilităţii o calitate interpersonală, care este definită în termenii prestigiului inductorului; acest tip de sugestibilitate conduce la ceea ce a fost numit în literatura de specialitate ca *„sugestibilitate* ***interogativă*** *".*

Cercetările lui Eysenck au o importanţă deosebită, Întrucât au atras atenţia asupra caracterului pluridimensional al sugestibilităţii şi au stimulat dezvoltarea unor tehnici specifice de măsurare a acesteia (de exemplu metoda indirect-directă a lui Gheorghiu şi Reyher pentru administrarea scalei cu itemi senzoriali). Totuşi, ei nu a elucidat înţelesul sugestibilităţii, relaţia acesteia cu excitabilitatea, şi nu a sesizat valoarea teoriei condiţionării în înţelegerea fenomenului sugestiei (P.W. Sheehan).

O contribuţie deosebită la precizarea aspectelor conceptuale ale sugestiei o are V.A. Gheorghiu (1982, 1989, 1990). El insistă asupra *naturii „provocative"* a oricărei sugestii şi argumentează că sugestia nu trebuie să fie considerată pur şi simplu ca absenţă a instanţelor raţionale. Cu noţiunea de „valoare provocativă" Gheorghiu subliniază aspectele inotivaţionalc ale sugestiei. Dacă privim sugestibilitatea ca trăsătură (in termenii ghidării sau orientării comportamentului - Allport) vom înţelege mai bine impactul situaţiilor asupra proprietăţii motivaţionale a sugestibilităţii.

în ceea ce priveşte relaţia dintre sugestie şi mecanismele raţionale, deşi acestea nu sunt baza proceselor sugestiei, ele pot fi un argument al influenţei lor. McDougall (1935) subliniase deja că argumentaţia plauzibilă şi raţionamentul manifest pot potenţa forţa sugestiei. Argumentele lui Gheorghiu conduc la afirmaţia că sugestia poate induce reacţii care scapă mai mult sau mai puţin supravegherii. Luând în consideraţie şi factorii sociali ce modelează relaţia interpersonală pe care o presupune sugestia, Gheorghiu subliniază că şi aceştia vor structura gradul de supraveghere şi control care există. în aceeaşi ordine de idei, a raportului dintre sugestie şi mecanismele raţionale, se plasează şi *principiul substituţiei* - fundamental în înţelegerea sugestiei (Gheorghiu, 1989, p. 103).

în urma acestor consideraţii, Gheorghiu (1989, p. 105) propune următoarea definiţie: „Sugestia este o situaţie provocativă care, bazată pe un proces de substituţie sau înlocuire /.../ poate induce răspunsuri (conştiente) necontrolate. în situaţia dată totuşi subiectul trebuie, teoretic (potenţial), să dispună şi de alternativa de a fi capabil să reacţioneze si altfel

Pe aceeaşi linie a împletirii raţionalităţii cu sugestia şi hipnoza se înscriu cercetările Iui P. Kruse (1989) şi R.M. Lundy (1989).

Propunând o perspectivă integraţionistă, Kruse argumentează că hipnoza şi sugestia pol fi mai bine înţelese ca o parte a procesului construcţiei psihologice, asociat sistemului cognitiv. Concentrându-şi argumentarea asupra *„criteriilor realităţii"* şi *„facultăţii de discriminare",* inducerea comportamentului sugerat este „corect văzută ca situaţie în care diferenţa trăită între imaginaţie şi percepţie diminuează" (Sheehan, 1989, p. 116).

Lundy (1989) subliniază importanţa noţiunii de *„confirmare internă"* şi consideră acest proces ca factor mediator necesar în crearea efectelor sugestiei. Conceptul se referă la „acţiunea ipotetică a constructelor personale care justifică comportamentul receptorului în situaţii sugestive". După cum subliniază P.W. Sheehan, avantajul major al extinderii teoriei constructelor personale a lui G. Kelly de către Lundy este că ea afirmă imporiaGa deosebită a înţelegerii concepţiilor personale ale subiectului asupra evenimentele!', aşa cum sunt ele sugerate. Fundamentându-şi teoria pe concepţia lui Kelly,

Lundy evidenţiază prezenta raţionalităţii în răspunsul la sugestie, situându-se pe poziţii asemănătoare cu Gheorghiu şi Kruse. în acelaşi sens trebuie înţeleasă şi afirmaţia lui W.E. Edmonston (1989), care vede sugestia ca distorsiune centrală a intrărilor impulsurilor senzoriale, efectul de „înşelare* al acesteia fiind determinat de „fărâmiţarea" mecanismelor centrale de interpretare.

încheiem această scurtă prezentare a preocupărilor teoretice asupra sugestiei menţionând studiul lui Gheorghiu şi Kruse (1990) care abordează sugestia dintr-o largă perspectivă integrativâ, argumentând câ mecanismele sugestive, alături de cele reflexe şi raţionale, se constituie într-o necesară strategie a cunoaşterii şi acţiunii. Lumea în care trăim - spun autorii - este profund ambiguă şi procesul acţiunii şi cunoaşterii este un proces continuu de înlăturare conştientă sau inconştientă a ambiguităţii. Una din sarcinile principale ale individului este reducerea gradelor de libertate situajională sau psihică (de pildă rezolvarea contradicţiei dintre multitudinea posibilităţilor şi necesitatea de a permite doar o singură alternativă). Altfel, individul nu ar fi capabil să acţioneze.

în prezenţa mai multor alternative posibile în mod obiectiv, mecanismele sugestive conduc la o decizie comportamentală având caracterul „ca şi cum" *(as ij)* ar fi unica posibilă.

Deciziile comportamentale care presupun anumite prejudecăţi - subliniază Gheorghiu şi Kruse - par să aparţină strategiei sugestiei, dar astfel de decizii tind să acţioneze mai mult sub o formă reflexă. Prejudecăţile permit doar o limitată libertate pentru alternative comportamentale. Uneori, influenţele sugestive fac parte din decizii raţionale (de exemplu - ceea ce este plauzibil pare şi drept). Dacă privim cu atenţie condiţiile speciale în care trăieşte omul, înţelegerea semnificaţiei strategiei sugestiei devine evidentă. Noi avem reguli rigide ce decurg din structuri comportamentale şi trăim într-un mediu social şi material teribil de complicat. Strategiile raţionale sunt, de obicei, insuficient de rapide pentru a compensa lipsa mecanismelor reflexe şi a garanta o dezambiguare adecvată şi stabilitate psihică. Uneori, strategiile raţionale produc un soi de „blocare" a comportamentului. Mecanismele sugestive par să umple golul. în situaţii ambigue şi în cazul instabilităţii individului, sugestia conduce la o directă reducere a gradelor de libertate, fără consumarea capacităţii intelectuale conştiente în procesul de dezambiguare.

Sugestia este normală şi necesară. Dar sugestia, ca şt celelalte mecanisme menţionate, este nu doar o strategie de a produce o ordine clară şi stabilă ca bază indispensabilă a acţiunii. Sugestia poate fi utilizată şi în încercarea de a produce instabilitate psihică.

3.2. Sugestibilitatea - evaluare şi diferenţe individuale

Există un număr important de cercetări care, propunându-şi elucidarea diferenţelor individuale în ceea ce priveşte sugestibilitatea şi perfecţionarea unor tehnici de evaluare a acesteia, răspund într-o oarecare măsură „provocării" lansate de Eysenck de a crea o taxonomie care să faciliteze studierea ei ştiinţifică.

Una din faţetele sugestibilităţii este astăzi destul de bine măsurată, iar relaţiile ei cu alte variabile ne pot ajuta să înţelegem mai bine acest domeniu. Este vorba despre sugestibilitatea senzorială, domeniu în care scala de testare propusă de Gheorghiu a

fost utilizată de mulţi cercetători. In această scală, stimulii senzoriali sunt sugeraţi individului conform următoarelor principii:

- stimulii prin ei înşişi produc felul şi direcţia sugestiei pe care experimentatorul doreşte să o inducă subiectului;

- inducerea sau modificarea stimul ii or ce urmează a fi percepuţi de subiecţi este realizată prin mijloace tehnice ;
- manipularea socială a expectaţiilor şi procesul sugestiv sunt realizate cu ajutorul instrucţiunilor.

Dimensiunile în funcţie de care este manipulată sugestia stimulilor senzoriali sunt următoarele:

- aparifia/dippariţia;
- intensitatea (creşte/descreşte);
- localizarea (unilaterală/bilaterală);
- tipul organului senzorial (vizual, auditiv, tactil).

Sugestiile pot fi realizate prin:

- instrucţie sau manipulare a mijloacelor tehnice de laborator;
- prezentarea iniţială a unor serii de stimul i obiectivi;
- cuplarea stimulului cu un al doilea în maniera condiţionării clasice (Netter, 1989).

In acelaşi studiu (1989), Netter analizează sugestibilitateă senzorială, măsurarea şi relaţiile ei cu alte variabile precum trăsăturile de personalitate, stările afective, funcţiile perceptive şi ale sistemului nervos vegetativ şi reactivitatea *placebo.* Autorul subliniază reducerea, dacă nu eliminarea elementelor interpersonale în procesul testării sugesti- bilităţii senzoriale. Intre rezultatele relatate, cele care comportă discuţii şi cercetări mai aprofundate, după opinia lui R.M. Lundy (1989), sunt relaţiile curbilinii dintre sugestibi- litate şi unii indici fiziologici. Referindu-se la ipoteza bazei biologice a sugestibilităţii senzoriale, Netter afirmă că persoana care are cote înalte la sugestibilitateă senzorială răspunde ca şi cum s-ar afla înlr-o stare de stimulare cerebrală mai scăzută - cel puţin privitor la sistemul transmiţător colinergic. Aceasta ar determina o capacitate de discriminare mai scăzută, fapt ce explică şi corelaţia dintre sugestibilitateă senzorială şi reactivitatea *placebo* (determinată în tratamentul unor dureri patologice, nu în al celor induse experimental).

Ultima afirmaţie intră oarecum în contradicţie cu rezultatele obţinute de F.J. Evans (1989) care, în urma unei analize factoriale temeinice, afirmă independenţa sugesti- bilităţii, a răspunsului placebo şi a hipnotizabilităţii. Conform acestuia, *hipnoza corelează cu disocierea, răspunsul placebo cu expectanfa şi sugestibilitateă cu presiunea socială.*

Sugestibilitateă interogativă, deşi a fost menţionată încă de A. Binet, este teoretizată în mod explicit în ultimii ani. Beneficiind de experienţa sa de consultant psihologic la interogatoriile poliţiei, G.H. Gudjoiisson teoretizează această importantă dimensiune a sugestibilităţii în lucrările sale din 1986 (Gudjonsson & Clark) şi 1989. Sugestibilitateă interogativă este definită ca „măsura în care, în cadrul unei relaţii sociale strânse, oamenii ajung să accepte mesaje comunicate în timpul chestionării formale, astfel încât răspunsul lor comportamental ulterior este afectat" (Gudjonsson, 1989, p. 135). Comentând tt&sStuttte specifice a\e sugestibilităţii interogative,

autorul subliniază *importanta incertitudinii, încrederii interpersonale şi expectaţiilor.* Testarea experimentală a modelului teoretic propus evidenţiază relaţia dintre sugestibilitateă interogativă şi diverse variabile, între care relaţiile negative cu inteligenţa, memoria, stima de sine, asertivitatea, şi pozitive cu anxietatea gi dezirabilitatea. în general „corecte şi de aşteptat" (Lundy, 1989, p. 178).

Un interes deosebit îl prezintă relaţiile dintre sugcstibiliiatea interogativă şi strategiile de adaptare pe care subiecţii le dezvoltă in timpul interogatoriului. Astfel, strategiile „adaptării prin evitare" in confruntarea cu slresorul conduc la manifestarea unei sugesti- bilităţi crescute, în timp ce subiecţii ce au inclus examinarea critică a situaţiei şi tensiunilor lor au fost mai puţin sugeslibili.

Trebuie să subliniem că, spre deosebire de procedurile de teslare a sugestibilităţii senzoriale, care diminuează la maximum contextul inierpersonal, în modelul teoretic al sugestibilităţii interogative propus de Gudjonsson el este un element esenţial.

Abordând sugestia din perspectiva hipnozei, H.J. Crawford pune din nou în discuţie rolul strategiilor cognitive în procesele sugestiv-hipnotice. Flexibilitatea cognitivă şi fiziologică sunt concepte explicative centrale în concepţia lui Crawford. *Flexibilitatea cognitivă este „gradul în care im individ are şi utilizează una din multele tipuri disponibile de strategii sau stiluri de prelucrare a informatei în. timpul diferitelor sarcini* (Battig, 1979), *ca şi în diferite stări de conştiinţă"* (Crawford, 1989, p. 155). Studiile efectuate de aceasta demonstrează că subiecţii cu grad mare al hipnolizabilităţii pot intra într-o stare alternativă a conştiinţei mult mai uşor decât subiecţii slab hipnotizabili şi ei demonstrează o mai mare uşurinţă în schimbarea strategiilor cognitive. Ei pot trece, de pildă, mai uşor de la domeniul aflat la limita realităţii la cel aflat la limita non-realităfii, şi de la strategiile analitice, orientate spre detaliu, la cele non-analitice, holistice şi imaginative. De asemenea, *flexibilitatea fiziologică* („gradul în care un individ demonstrează structuri diferite ale activării cerebrale când îndeplineşte diferite tipuri de sarcini, sau când aplică diferite tipuri de strategii la aceeaşi sarcină"), particularizează subiecţii puternic hipnotizabili.

O implicaţie deosebită a acestor rezultate este că abilitatea de angajare în imageria • hipnotică, şi astfel în trăirea sugestiilor hipnotice, este parte dintr-o mai largă capacitate de angajare în transferuri cognitive, în acest caz un transfer de la o orientare bazată pe lealitate spre una bazată pe imaginar. Aceste transferuri, deşi antrenate de altă persoană în cazul hipnozei, sunt văzute de Crawford ca voluntare din partea subiectului. Crawford subliniază şi pericolul scăpării de sub control a acestor transferuri cognitive, când această capacitate ajunge la anumite nivele.

Intr-un studiu ce creează optimism psihoterapeuţilor. N.P. Spanos (1989) demonstrează că hipnotizabilitatea, măsură a unei capacităţi sau deprinderi, poale fi potenţată cu ajutorul unor tehnici. Astfel, subiecţii cu o hipnotizabiiitatc scăzută sunt învăţaţi să dea un răspuns activ, pozitiv, la sugestie, dezvoltând o strategie faciliiantă imagistică penau trăirea efectelor sugerate. După Spanos, acesi „set interpretativ" activ în raport cu sugestia poate conduce la creşterea sugestibilităţii subiecţilor mai puţin sugestibtli. Programul de „antrenament" propus de Spanos cuprinde trei elemente principale ce vizează:

- învăţarea unei *atitudini pozitive* despre hipnoză;
- utilizarea *strategiilor imagistice* pentru trăirea efectelor sugerate;
- adoptarea unui *set interpretativ activ* în raport cu incitările sugestive (Spanos, 1989, p. 171) (subl. n.).

3.3. Aspecte psihoflziologice ale sugestibilităţii

Există două direcţii principale în abordarea aspectelor psihoflziologice ale sugestibilităţii şi hipnozei:

- încercări de apreciere a corelaţiilor dintre nivelele bazale ale undelor alfa E.E.G. şi sensibilitatea hipnotică;
- încercarea de a delimita diferenţele între subiecţii puternic şi slab hipnotizabili prin asimetria funcţională a celor două emisfere cerebrale.

Prima direcţie se bazează pe ideea *rolului ritmului alfa* în producerea stărilor modificate ale conştiinţei; dacă producţia de unde alfa corelează cu sensibilitatea hipnotică, atunci o creştere a acesteia prin mijloace voluntare de autocontrol ar putea produce o sporire a hipnotizabilităţii subiecţilor mai puţin sensibili. în ciuda mijloacelor tehnice utilizate pentru testarea acestei ipoteze, rezultatele obţinute conţin şi date echivoce. Astfel, studiile lui London, Hart & Leibovitz (1968), Nowlis & Hart (1970) au evidenţiat că subiecţii puternic hipnotizabili produc o mai mare densitate de unde alfa în stare de veghe decât cei nehipnotizabili. De asemenea, Morgan, McDonald & Hilgard (1974), deşi nu au găsit vreo dominantă emisferică în ceea ce priveşte frecvenţa alfa, au observat aceeaşi relaţie pozitivă între producţia de unde alfa şi hipnotizabilitate. Studiul efectuat de Engstrom, London şi Hart (1970) a demonstrat şi faptul că, prin creşterea densităţii undelor alfa în stare de repaos, prin antrenamente bazate pe biofeedback, se poate mări sensibilitatea hipnotică.

Pe de altă parte, o serie de studii nu au găsit această relaţie între densitatea undelor alfa şi hipnotizabilitate şi au criticat rezultatele menţionate mai sus prin insuficienta considerare a factorilor situaţionali şi o neatentă selecţie a variabilelor (Evans, 1972; Travis, Kondo & Knott, 1973; Edmonston & Grotevant, 1975; Sabourin, Cutcomb & Pribram, 1986).

Se consideră că o analiză mai detaliată a E.E.G. ar fi mai utilă şi că, în orice caz, trebuie luate în consideraţie mai degrabă schimbările în densitatea undelor alfa decât nivelul bazai al acestor unde (Paskewitz, 1977).

Ideea *asimetrieifuncţionale* a celor două emisfere cerebrale este bine cunoscută în literatura de specialitate. Emisfera stângă este considerată a fi mai implicată în procesele analitice şi secvenţiale ale gândirii, în timp ce emisfera dreaptă în cele imaginative şi holistice. Studiile recente ale comportamentului hipnotic şi corelatelor E.E.G. şi electro- dermale demonstrează o implicare sporită a emisferei drepte (Crawford & Allen, 1983; Gauzelier, 1987; Bânyai, Meszaros & Csokay, 1985 etc.). Există şi unele studii (Sabourin, Cutcomb & Pribram, 1986) care nu confirmă aceste rezultate. Relaţiile deosebite descoperite între activitatea cerebrală şi psihologia comportamentului sugerat face necesară, după cum bine remarca Lundy *(cf.* Edmonston jr., 1989, p. 249) o mai strânsă colaborare cu neuroanatomiştii şi neorofiziologii, cu **atât** mai mult cu cât rezultatele raportate vizează localizări cerebrale din ce în ce mai specifice. Astfel,

recentul studiu al lui Meszaros, Crawford şi colaboratorii (1989) evidenţiată nu numai această specificitate emisferică a comportamentului hipnotic, ci evidenţiază şi o altă asimetrie între regiunile anterioare şi posterioare, mai accentuată la subiecţii puternic hipnotizabili decât la cei slab hipnotizabili. Conform datelor raportate de aceştia, activitatea cerebrală

în timpul hipnozei se localizează dominant în regiunea parieto-occipitală dreaptă mai mult decât în regiunea temporală. Acest fapt pare să fie confirmat şi de studierea fluxului sanguin cerebral, a cărui creştere indică o intensitate mărită ă metabolismului în zonele menţionate (Edmonstonjr., p. 249).

Abordând aceeaşi problemă, Ruggieri şi colaboratorii (1989, p. 241) afumă că emisfera stângă este mai implicată în procesele caracterizate printr-o puternică relaţie între subiect şi mediu, în timp ce emisfera dreaptă este mai activă în aşa-numitele procese intrasubiective (de exemplu în automodularea stărilor emoţionale). „Din această perspectivă - spune Ruggieri - considerăm că starea hipnotică este expresia particulară a echilibrului emisferic." (Ruggieri, R.Capozzi & Clavenzani, 1989, p. 241) Abordând şi diferenţele perceptive între cei doi ochi - dreptul percepe figura, stângul percepe fondul - această lucrare sugerează un mecanism central de distorsiuni ce acţionează în elaborarea răspunsului la sugestie.

Cercetările lui De Rascalis confirmă, utilizând corelatele fiziologice ale sugestibilităţii, teza lui Eysenck conform căreia introvertiţii stabili şi extravertiţii nevrotici sunt cei mai sugestibili indivizi.

Una dintre cele mai dificile probleme în acest domeniu, după cum subliniază W.E. Edmonstonjr. (1989, p. 250) este interpretarea relaţiilor dintre hipnoză şi dominanta cerebrală. Activitatea dominantă a emisferei drepte în hipnoză, raportată de multe studii, tinde să facă din aceasta o funcţie a emisferei drepte. Or, această concluzie se bazează pe interpretarea unui raport (activitatea emisferei drepte/activitatea emisferei stângi) şi rezultatul poate fi expresia modificării ori a numărătorului, ori a numitorului. Mai precis, dominanta emisferei drepte poate fi ori expresia activării deosebite a acesteia, ori a inhibării celei stângi (fapt sugerat deja de unele studii), ori se obţine prin combinarea acestor procese. Dacă acceptăm aceste posibilităţi, apare următoarea dilemă: *„hipnoza este un proces al emisferei drepte din cauză că emisfera dreaptă este mai puţin inhibată decât stânga ? Sau hipnoza este un proces ui emisferei stângi, dar un proces inhibitor mai degrabă decât excitator ? " {idem,* p. 250). Această dilemă ar putea fi rezolvată printr-un studiu temeinic al nivelurilor bazale ale activităţii corticale.

3.4. Perspectivă psihosocială asupra sugcstiei-sugestibilităţii

Cercetarea influenţei sociale este un domeniu central al psihologiei sociale. In ciuda acestui fapt, termenul de sugestie a fost foarte puţin utilizat în acest domeniu, probabil datorită asocierii lui cu aspectele nonraţionale, afective, magice, ale comportamentului uman (vezi concepţia Iui McDougall), ori pentru că „s-a considerat că oferă un bilanţ prea descriptiv şi speculativ al comportamentului social" (Schwanenberg, 1989, p. 263).

Influenţa socială a fost studiată din perspectiva *conformismului* (vezi Asch) ori a *schimbării atitudinilor* - unde noţiunea centrală nu este sugestia ci *persuasiunea.* Cercetările clasice ale persuasiunii *{cf.* McGuire, 1972,

1985 - citat de Schwanenberg, 1989, p. 274) au explorat variabilele credibilităţii, atractivităţii şi puterii ca elemente principale ale impactului sursei asupra receptorului.

Analizând diferenţa dintre sugestie şi persuasiune, McGuire consideră că, în opoziţie cu simplitatea informaţională a sugestiei în domeniul clinic, situaţiile persuasive studiate în laborator „implică mesaje argumentative de mare subtilitate" *{cf.* Schwanenberg, 1989, p. **263).**

Teoria lui McGuire privind prelucrarea informaţiei în domeniul influenţării sociale este concepută ca un lanţ cu mai mulţi mediatori; există mediatorul *„receptivităţii"* (ce cuprinde atenţia şi comprehensiunea) şi mediatorul *„acceptării".* Receptivitatea este mediatorul principal în persuasiune, în timp ce acceptarea operează în principal în sugestie. Reluând într-un alt studiu (McGuire, 1989) prezentarea acestei teorii mediate a sensibilităţii la influenţa socială, McGuire consideră că, pentru a evalua corect aportul diverselor variabile ale personalităţii în apariţia efectelor comportamentale ale unei influenţe sociale, trebuie să avem în vedere efectul acestora asupra mediatorilor menţionaţi. El enumera o serie de „postulate", deosebit de utile în înţelegerea sugestiei ca modalitate specifică a influenţei sociale şi, de aceea, considerăm utilă o scurtă prezentare a acestora.

a) *Postulatul mediatorului multiplu* care stipulează că „măsura în care orice variabilă afectează infTuenţabilitatea finală depinde de măsura în care ea afectează fiecare dintre mediatori" - atenţie, comprehensiune, acceptare (McGuire, 1989, p. 306). De pildă - continuă el - măsura în care inteligenţa va corela cu sugestibilitatea depinde de măsura în care inteligenţa afectează fiecare mediator şi de cât de important este fiecare mediator pentru conformarea la sugestie.

b) *Postulatul combinatoriu/compensator* se referă la modalitatea în care efectele variabilei personale asupra acestor mediatori separaţi se combină pentru a produce structura profundă a tendinţei spre conformare. Al doilea termen al postulatului afirmă că variabilele personale „afectează de obicei rezultatul final al conformării în direcţii opuse, prin mediatori diferiţi" *(idem,* 1989, p. 307). Dacă ne referim tot la inteligenţă, aceasta este negativ corelată cu conformarea prin mediatorul „acceptare" (acord), pentru că inteligenţa reduce credulitatea, şi pozitiv prin mediatorul comprehensiune, deoarece inteligenţa facilitează înţelegerea a ceea ce este propus în mesajul sugestiv.

In concepţia lui McGuire, o astfel de dinamică compensatorie poate determina o relaţie nemonotonă, în U răsturnat, între variabila personală şi conformarea finală, încât o persoană cu un rang intermediar va fi mai influenţabilă decât cele cu un scor foarte mare sau foarte scăzut.

c) *Postulatul ponderării situaţionale.* Deoarece variabilele personale afectează sensibilitatea finală la influenţă printr-o serie de mediatori independenţi, se poate anticipa relaţia netă între variabilă şi influenţabilitate luând în considerare ponderea mediatorilor în situaţia dată, adică proporţia variantei sensibilităţii la influenţa socială datorată fiecărui mediator.

Rămânând la acelaşi exemplu al inteligenţei, putem constata că, atunci când mesajul sugestiv este deosebit de simplu (ex.: sugestia oscilaţiei corpului), mediatorul „comprehensiune" (facilitat de inteligenţă) influenţează puţin reacţia la sugestie, maximum de sugestibilitate apărând la nivele mai scăzute ale inteligenţei (prin mediatorul acceptării); în cazul în

care mesajul sugestiv-persuasiv implică argumentări complexe din partea unei surse de încredere, maximum de sugestibilitate apare la nivele mai mari ale inteligenţei (prin mediatorul comprehensiune).

d) *Postulatul variabilei intricate (confounded variable).* Acest postulat consideră personalitatea umană din perspectivă sistemică şi are în vedere interacţiunea complexă

dintre diversele variabile ale personalităţii aflată într-o situaţie socială dată. De aceea, când se manipulează în mod experimental o anumită variabilă (de exemplu: stima de sine prin furnizarea succesului sau insuccesului), aceasta „va funcţiona in experiment ca un simptom pur, in afara implicării ei obişnuite în sindromul combinat al variabilelor care, în mediul natural, modifică de obicei relaţiile sale cu influenţabilitatea sau alte variabile dependente" (McGuire, 1989, p. 311).

e) *Postulatul variabilei cronice/acute.* Principiul pe care îl implică acest postulat derivă din cele menţionate la punctele b) şi d). McGuire, care a sesizat limitele cercetărilor experimentale asupra fenomenului influenţei sociale, subliniază că există o mare diferenţă între o variabilă personală a subiectului, manifestată în condiţii naturale, ea caracterizându-se printr-o anume dimensiune temporală (cronică) şi stabilitate, şi aceeaşi variabilă, indusă în laborator, ea având o dimensiune temporală foarte mică (acută) şi manifestându-se în circumstanţe artificiale. Această diferenţă este atât de mare, încât am putea spune că avem de-a face cu două variabile (una este anxietatea structurală, naturală a unui subiect, şi alta este anxietatea indusă în condiţii de laborator).

Rămânând in acelaşi domeniu al psihologiei sociale, remarcăm originalitatea metodelor utilizate în studiul sugestiei şi sugestibilităţii. Foarte multe scheme experimentale, de la condiţionare la hipnoză, au servit la investigarea diverselor fenomene, precum distorsiunea memoriei sub impactul unor informaţii false (Loftus & Banaji, 1989; Sheehan, 1989), expectanţa şi sugestibilitatea (Bierhoff & Klein, 1989; Kirsch, 1990 etc), fenomenul autoatribuirii (Haisch, 1989) etc. Alţi cercetători, precum G. Jahoda (1989), au abordat rolul factorilor socio-culturali in inducerea unei anume receptivităţi la sugestie.

E. Loftus şi M.R. Banaji abordează problema impactului informaţiilor false asupra amintirilor din perspectiva psihologiei martorului. Informaţiile false nu se pot transforma doar într-un supliment al amintirilor despre un eveniment, ci pot să şi altereze aceste amintiri. Ei au demonstrat experimental că informaţia falsă transmisă imediat post-eveniment, deşi calificată astfel de către subiecţi, ulterior o bună parte din aceştia (17%) au inclus-o în amintirea despre eveniment. Având în vedere această „maleabilitate" a memoriei, condiţionată de momentul furnizării informaţiilor false ca şi de starea subiectului, autorii analizează impactul informaţiilor transmise de mass-media asupra martorilor potenţiali, care acţionează asupra acestora ca nişte veritabile surse de sugestii.

în studiul său asupra sugestiei şi credibilităţii, Fiedler (1989), pornind de la o serie de indici ai credibilităţii derivaţi din „teoriile" naive asupra minciunii, atrage atenţia asupra posibilităţii utilizării lor în creşterea credibilităţii comunicării. Domeniul reclamei, al propagandei politice, ca

şi organizarea credibilă a situaţiilor de diagnostic psihologic pot beneficia de cercetările ce vizează sporirea credibilităţii mesajelor transmise.

Introducerea sugestiei într-o schemă experimentală referitoare la autoatribuire îl conduce pe J. Haisch (1989) la concluzia că atât autoatribuirea, cât şi atribuirea externă pot fi sugerate prin manipularea *feedback-ului.* Astfel, persoana poate fi condusă la o imagine de sine care poate Să nu corespundă în nici un fel cu realitatea,

Sugestibilitatea pare să fie modelată şi de o serie de factori istorici şi socio-culturali, astfel încât apartenenţa etnică poate fi şi ea un „moderator" al sugestiei. Spre deosebire

de europeni, care învaţă din copilărie scepticismul pozitivist (totul trebuie argumentat, toate fenomenele se supun unor norme şi principii), africanii cresc înlr-o atmosferă plină de credinţe magice care formează o parte coerentă a cosmologiei lor, astfel încât „magia" sugestiei nu-i surprinde deloc (Jahoda, 1989).

Vom încheia această parte a expunerii studiilor despre sugestie-sugestibilitate observând, împreună cu McGuire (1989, pp. 318-319) că reconceptualizările recente în domeniul influenţei sociale pot fi grupate în două direcţii: *teoretizarea „răspunsurilor cognitive"* şi *teoretizarea „rutelor centrale/periferice".*

Accentuând asupra medierii cognitive a influentei sociale (ca McGuire) o serie de cercetători precum Greenwald, Broock & Ostrom (1968), Petty, Ostrom & Brock (1981) demonstrează că secvenţa mediatoare cognitivă include nu numai captarea informaţiei conţinută în mesajul exterior, ci şi generarea cogniţiilor ulterioare, neconţinute în mod explicit in mesaj, dar provocate de mesaj din materialul deja existent în aria cognitivă a receptorului. Această idee concordă cu observaţia că hipnotizabilitatea este influenţată de angajarea imaginativă a persoanei {Hilgard, 1979) în special în forma imageriei mintale provocate (Sheehan, 1982).

Ideea „rutelor centrale/periferice" teoretizată de Krugman (1977), Pelty & Cacioppo (1986), Ray (1973) vizează aceeaşi teorie a medierii diferenţiate a influenţei în funcţie de situaţie. Când situaţia de influenţă evocă cu probabilitate o elaborare cognitivă considerabilă, atunci influenţa se va produce pe o cale centrală ce implică întregul lanţ al mediatorilor; când situaţia este de aşa natură încât permite un acord ce trebuie hotărât pe baza unor indicatori simpli, periferici (precum credibilitatea sursei), fără a proceda la captarea şi evaluarea informaţiei mesajului, atunci comunicarea va fi, cu probabilitate, prelucrată printr-un traseu periferic (Petty & Cacioppo, 1986, *cf.* McGuire, 1989, p. 318).

Situaţia hipnotică tinde să implice mesaje persuasive foarte simple, ale căror aspecte incidentale, precum statusul hipnotizatorului, servesc ca indicatori cruciali si, astfel, vor tinde să implice ruta periferică.

4. Observaţii finale

Scurta analiză a cercetărilor în domeniul sugestiei-sugestibilităţii oferă rezultate, nu în puţine cazuri contradictorii, care nu suportă o teoretizare unitară. Totuşi, câteva idei sunt evidente:

- *aspectul multidimensional al sugestibilităţii: deşi încă nu există un acord asupra*
  independenţei diverselor forme ale sugestibilităţii (primară, secundară, interogativă) toţi cercetătorii consideră că nu există un singur factor explicativ al acesteia;
- *sugestia nu este singurul factor explicativ al hipnozei* (deşi sugestii există în fiecare inducţie hipnotică); o serie de alţi mediatori pot fi

consideraţi: procesele imaginative, expectaţiile, credinţa, disocierea etc.;

- efectele sugestiei nu trebuie căutate doar în domeniul afectiv, non-raţional; alături de alţi factori, *rolul unorprocese cognitive* care conduc la o prelucrare particulară a mesajului sugestiv este evidenţiat de foarte mulţi cercetători:
- *sugestia şi hipnoza nu sunt procese pasive,* fapt evidenţiat nu numai de perspectiva psihologică asupra acestora (prelucrare particulară a informaţiilor), ci şi de cea psihofiziologică;

caracterul neintegrativ al cercetărilor asupra sugestiei, evidenţiat de explicaţiile diverse ale mecanismelor şi dimensiunilor sugestiei, de existenţa multor domenii de cercetare conectate cu sugestia care se referă Ia aceleaşi probleme, dar în alte contexte (fenomenul placebo, persuasiunea, conformarea etc). de lipsa unei terminologii unitare;
apariţia unor *tendinţe inlegrative* care vizează considerarea sugestibilitaţii în contextul celorlalte trăsături ale personalităţii şi în relaţie cu o scrie de funcţii şi procese psihice;
considerarea alături de factorii psihologici a celor psihosociali conduce la ideea că *sugestibilitatea are funcţii adaptalive,* putând fi considerată ca un principiu explicativ al plasticităţii relaţiei clasice stimul-râspuns ;
există o serie de *dificultăţi metodologice* în cercetarea sugestiei; pe de o parte sunt cele determinate de lipsa unei teorii unitare asupra sugestiei, pe de altă parte cele care decurg din aspectele concrete ale cercetării: lipsa unor metode şi tehnici standardizate, dificultatea asigurării credibilităţii şi justificării corespunzătoare a situaţiei experimentale ctc.

CAPITOLUL in

Testarea sugestibilităţii/hipnotizabilităţii

1. Consideraţii generale

Majoritatea cercetătorilor subliniază relaţia dintre hipnoză şt sugestie. De aceea, testarea sugestibili taţii face parte din aproape toate ritualurile de pregătire a subiecţilor înaintea primei inducţii. Sunt autori care consideră că testele de sugestibilitate care preced prima inducţie hipnotică realizează de fapt o „hipnoză vigilă" pregătitoare a ..somnului" hipnotic specific transei profunde (Weitzenhoffer, 1957). în ceea ce mă priveşte, consider că testele de sugestibilitate au ca rol principal crearea unui raport specific între inductor şi indus, raport care măreşte probabilitatea intrării în transă a celui din urmă în momentul utilizării unei tehnici formale de inducţie.

Dacă majoritatea oamenilor intră într-o transă hipnotică cel puţin superficială şi dacă, pentru a fi eficientă terapeutic, transa nu trebuie să fie în mod necesar foarte profundă, atunci, evident, testele de sugestibilitate nu au ca obiectiv principal selecţia pacienţilor care ar putea beneficia de hipnoterapie. Scopul lor este, după cum spuneam, crearea unui raport caracterizat prin pennisivitate, prin accentuarea unei anume asimetrii ca urmare a investiţiilor de „putere" şi competenţă pe care pacientul Ie face în terapeut, prin accentuarea misterului de către descoperirile neaşteptate ale pacientului cu privire la unele „forţe" inexplicabile care se manifestă în interiorul lui sau în cadrul relaţiei cu terapeutul etc.

Reacţiile pozitive la testele de sugestibilitate măresc probabilitatea intrării în transă a pacienţilor şi securizează hipnoterapeuţii începători, care vor aborda pacienţii cu mai multă încredere în capacitatea lor de a induce transa.

De asemenea, utilizarea testelor de sugestibilitate furnizează informaţii utile privind tipul de inducţie hipnotică cel mai potrivit pentru un anume subiect. Mai precis, inducţia trebuie să fie una directivă, autoritară sau, dimpotrivă, una non-directivâ, permisivă, indirectă. Oricum, succesul inducţiei hipnotice este influenţat în mare măsură nu atât de natura răspunsurilor la testele de sugestibilitate, cât, mai degrabă, de calitatea relaţiei stabilite în timpul aplicării lor.

De fiecare dată evit utilizarea cuvântului „test" şt, pe cât posibil, a

conceptului de *sugestibilitate*. Cuvântul test implică ideea succesului sau insuccesului, în timp ce *sugestibilitatea* poate activa o serie de credinţe negative. Atitudinea depreciativă faţă de sugestie a făcut ca sugestibilitatea - ca trăsătură de personalitate ce mediază transformarea sugestiei în comportament sugerat - să aibă conotaţii negative atât în limbajul comun, cât şi în cel ştiinţific (a se vedea *Manualul de psihologie* pentru liceu scris de P. Popescu-Neveanu, M. Zlate şi T. Creţu). De fapt, sugestibilitatea asigură o mai mare

plasticitate comportamentului uman, neadaplative fiind doar valorile ci extreme. Această idee a fost plastic exprimată de McGuire (1989. p. 308), care compara persoana foarte influenţabila cu o particulă aflată în mişcare browniană şi, prin urmare, incapabilă de o opinie proprie şi o acţiune eficientă, în timp ce persoana deloc influenţabila este incapabilă să înveţe din experienţa altora (care nu întotdeauna poate fi transmisă raţional, argumentat); iar experienţa proprie, deşi utilă, costă, uneori, foarte mult. Fiind o trăsătură de personalitate, sugestibilitatea are o distribuţie normală, gaussiană.

Explicaţiile anterioare le dau îndeosebi studcnţiilor mei şi mai puţin sau deloc pacienţilor. Acestora din urmă le prezint testele de sugestibilitate ca *„experienţe imaginative".*

Deoarece s-a constatat - spun pacienţilor - că hipnotizabilitatea se află într-o strânsă relaţie cu imaginaţia, este util ca, înainte de a începe inducţia hipnotică, să trăiască unele experienţe imaginative. încă de la început avertizez pacienţii că nu există reacţii pozitive sau negative, ci doar grade diterite de transpunere imaginativă, care mă ajută să-i cunosc mai bine.

Alteori prezint probele de sugestibilitate ca *„exerciţii de aulocunoaştere".*

2. Testul mişcării braţului

[9] [9]

Această probă este prezentată ca un „exerciţiu de autocunoaştero". Pacienţii primesc următorul consemn:

., Ştiţi, deja, că atunci când mergem ne mişcăm braţele alternativ înainte-înapoi: când braţul drept se deplasează uşor In faţă. cel stâng se deplasează spre spate. De asemenea, există o coordonare între mişcările picioarelor şi cele ale braţelor. Mişcarea alternativă a braţelor are ca scop menţinerea echilibrului corpului în timpul mersului; dacă alergăm cu braţele strânse pe lângă corp, există o mai mare probabilitate de a ne împiedica decât atunci când alergăm mişcând braţele alternativ. Aţi observat acest fapt ? ". (Se demonstrează. Majoritatea pacienţilor afirmă că au observat, această mişcare.) „De aceea am putea spune că braţele au tendinţa reflexă de a se mişca alternativ - când un braţ se mişcă în faţă, celălalt are tendinţa de a se mişca înapoi! Nu ştiu dacă aţi meditat până in prezent la acest lucru! De aceea, aş dori să descoperiţi în ce măsură observaţi manifestarea acestui reflex în cazul dumneavoastră. Vom face acum următorul exerciţiu de aulocunoaştere. Staţi în picioare, relaxaţi, cu ochii închişi şi cu braţele atârnând relaxate pe lângă corp. Mişcaţi uşor braţul drept în faţă {sau doar imaginativă că-l mişcaţi) şi observaţi ce se întâmplă cu braţul stâng! Acesta are trei posibilităţi: să rămână nemişcat, să se mişte (sau să aibă tendinţa de a se mişca) în aceeaşi direcţie ca şi braţul drept sau in direcţia opusă mişcării braţului drept. Mişcarea braţului drept trebuie să fie nu prea amplă, de scurtă durată, timp în care veţi observa mişcarea sau tendinţa spre. mişcare a braţului stâng. După efectuarea exerciţiului deschideţi ochii. " (Se efectuează exerciţiul.)

Se continuă apoi cu următoarele întrebări:

„ Spuneţi ce mişcare sau tendinţă de mişcare aţi observat ta braţul stâng: a rămas pe loc, s-a mişcat în aceeaşi direcţie ca şi braţul drept sau s-a mişcat în sens opus ? ".

Foarte mulţi dintre pacienţii şi studenţii mei reacţionează pozitiv la această probă, adică relatează că braţul stâng s-a mişcat (sau a avut tendinţa de a se mişca) în sens opus mişcării braţului drept.

Atunci când această probă se realizează cu studenţi, ea este un bun prilej de a le explica acestora reacţia la sugestie în termenii teoriei disonanţei cognitive (L. Festinger): cogniţiile noastre (informaţii, credinţe ctc.) sunt organizate într-un sistem. Când o informaţie nouă intră în acord cu acest sistem ea este uşor asimilată; dacă intră în disonanţă cu acesta, atunci avem tendinţa de a respinge noua informaţie sau de a o modifica pentru a intra în acord cu informaţiile anterioare şi cu credinţele noastre. De aceea, când administrăm o sugestie, ea arc o mai mare probabilitate de a fi asimilată dacă este consonantă cu credinţele şi informaţiile anterioare ale subiectului.

Prin urmare, dacă inducţia hipnotică, valorifică atitudinile, credinţele şi informaţiile pacientului privind hipnoza, atunci există o mai mare probabilitate ca aceasta să conducă la realizarea unei transe eficiente. în cazul în care subiectul nu are un set de credinţe şi informaţii care să faciliteze asimilarea sugestiei, terapeutul îi transmite mai întâi, într-o manieră neutră, o serie de informaţii fără a-i cere să reacţioneze în vreun fel şi, abia după aceea administrează sugestia care, în virtutea consonantei cu informaţiile transmise anterior, va avea o probabilitate crescută de a provoca reacţiile aşteptate de inductor. Procedeul este folosit în acest „exerciţiu de autocunoaştere" : mai întâi prezint „reflexul" mişcării alternative a braţelor - argumentând corespunzător existenţa lui, apoi lansez sugestia directă:

„descoperă cum anume se mişcă braţul stâng în cazul în care deplasezi uşor braţul drept în faţă! ".

3, Testul imposibilităţii ridicării braţului

Pacientul este aşezat pe scaun în faţa unui birou, cât mai aproape de acesta, astfel încât sa poată să ţină antebraţul drept pe suprafaţa biroului, într-o poziţie aproximativ paralelă cu latura biroului. Mâna stângă este şi ea aşezală pe suprafaţa biroului, formând un unghi de aproximativ 90° cu marginea acestuia. Subiectului i se adresează următorul consemn:

„Descoperă cât de mult poţi să-ţi relaxezi braţul drept! Sunt persoane care se pot relaxa mai bine închizând ochii, altele se gândesc la braţul lor ca la oricare dintre obiectele de pe birou, aflate în afara oricărei posibilităţi de control... Pe măsură ce braţul se relaxează, ai putea avea senzaţia că suprafaţa de contact dintre braţ şi birou creşte din ce în ce mai mult... Continuă să-ţi relaxezi braţul şi acordă-ţi timpul de care ai nevoie pentru aceasta... (se continuă cu sugestii de relaxare a braţului drept). Când braţul drept va fi foarte relaxai, te rog să-mi semnalezi acest fapt printr-o uşoară mişcare a degetului arătător al mâinii stângi".

După ce apare semnalul:

„Foarte bine 1... Descoperă cât de mult poţi adânci această stare de relaxare... "

După câteva momente spunem:

„ Dacă braţul drept este relaxat, şi aşa este pentru că mi-ai semnalat, atunci îţi vafifoarte, foarte greu... dacă nu chiar imposibil să-l ridici... Poţi încerca să-l ridici, dar dacă braţul drept este relaxat aşa cum mi-ai semnalat, atunci îţi va fifoarte, foarte greu... dacă nu chiar imposibil să-l ridici... "

Acest exerciţiu evită dezvoltarea unei relaţii de competiţie între pacient şi terapeut şi, prin utilizarea unui raţionament ipotetic - *„dacă... atunci"* - provoacă clientului un conflict interior : ori clientul nu ridică braţul şi atunci rămâne consonant cu semnalizarea anterioară conform căreia braţul este relaxat, ori ridică braţul - caz în care pacientul se contrazice pe el însuşi deoarece acţionează în dezacord cu informaţia transmisă de el anterior prin intermediul semnalizării. Trebuie observat şi faptul că rezultatul aşteptat nu a fost formulat în termeni categorici - *„nu poţi ridica braţul!* **, ci într-o formă deschisă ambelor tipuri de reacţii - neridicarea sau ridicarea braţului:

„...îţi va fi foarte, foarte greu... dacă nu chiar...imposibil să ridici braţul! ".

4. Testul oscilaţiei corpului

De cele mai multe ori utilizez acest test în două variante:
a) oscilaţia corpului la perete;
b) oscilaţia corpului într-o relaţie directă cu terapeutul.

a) Pacientul este aşezat cu spatele la perete, la o distanţă de aproximativ 15 cm de acesta şi este instruit să stea cu picioarele apropiate şi cu braţele relaxate întinse pe lângă corp. înainte de începerea propriu-zisă a exerciţiului, pacientul este rugat să cadă de câteva ori, voluntar, pe spate pentru a se obişnui cu această mişcare, întrucât ea poate provoca uneori o uşoară anxietate. Dacă observăm reţineri evidente la căderea pe spate, atunci micşorăm distanţa faţă de perete, micşorând astfel amplitudinea căderii. După ce ne asigurăm că pacientul se află într-o stare de confort şi relaxare, îi transmitem următorul consemn:

„Te rog închide ochii şi imaginează-ţi că peretele te atrage pe spate cuforţa unui magnet uriaş. Imaginează-ţi că intre perete şi corpul tău se dezvoltă oforţă de atracţie din ce în ce mai mare... atât de mare încât corpul are tendinţa de a cădea pe spate, lipindu-se de peretele care continuăsă-iatragă... ".

După ce corpul începe să oscileze uşor, continuăm:

„Corpul relaxat are tendinţa de a cădea pe spate... Poţi chiar vizualiza vectorii acestei forţe de atracţie sau poţi simţi senzaţii specifice în zona umerilor...! Cazi pe spate... Corpul cade pe spate...

în cazul în care subiectul nu cade pe spate discutăm despre capacitatea lui de a-şi imagina situaţia sugerată, despre ce anume a gândit şi simţit... Repetăm că nu există reacţii bune sau rele, ci doar grade diferite de transpunere în situaţie, şi că acest exerciţiu ne ajută pe noi, ca terapeuţi, să-l cunoaştem mai bine.

în cazul în care subiectul se lipeşte de perete continuăm:

„Foarte bine... Pe măsură ce peretele continuă să te atragă şi corpul se relaxează din ce în ce mai mult... suprafaţa de contact dintre perete şi

corp creşte şi ea din ce în ce mai mult... atât de mult încât îţi va fifoarte..., foarte... greu, dacă nu chiar... imposibil să revii în poziţie verticală... Poţi încerca..., dar cu cât încerci mai mult..., cu atât mai greu iţi va fi să revii în poziţie verticală... ".

Această ultimă frază conţine un joc de cuvinte frecvent întâlnit în probele de sugestibilitate şi care accentuează diferenţa dintre *a încerca* şi *a face:* încercarea implică cheltuirea de energie, dar fără transformarea ei în acţiune... Această disociere între a încerca şi a face este accentuată de tendinţa inconştientului de receptare literală a mesajului precum şi de sugestia care urmează :

„Peste câteva momente, când îţi voi spune, vei putea să revii în poziţie verticală, însă acum... cu cât încerci mai mult... cu atât mai greu îţi va fi să revii în poziţie verticală!..."

In ambele variante, dacă revenirea în poziţie verticală este realizată pe neaşteptate cu ajutorul terapeutului prin tragerea înspre în faţă a umerilor pacientului, atunci senzaţiile de greutate a corpului şi de atracţie a acestuia de către perete vor fi trăite, pentru câteva momente, mai intens.

b) Varianta oscilaţiei corpului în relaţie directă cu terapeutul are ca scop personalizarea relaţiei cu clientul şi este utilă mai ales cu pacienţii care vin la terapie cu un mit despre hipnoză, în care investirea hipnotizatorului cu energie şi putere deosebite ocupă un loc important. De data aceasta punctul central al exerciţiului îl reprezintă sugestia că mâinile terapeutului îl atrag pe spate pe pacient, şi nu peretele, ca în exerciţiul anterior. §i, deoarece pacienţii investesc în primul rând mâinile terapeutului cu o forţă deosebită, este posibil ca această sugestie să activeze mai uşor - la unii pacienţi - credinţele magice asociate hipnozei.

Pacientului (care este bine să fie încălţat cu pantofi cu tocuri joase), aşezat cu spatele la terapeut şi cu corpul relaxat, i se administrează următorul consemn :

„Priveşte liniştit în faţă! Mai întâi te voi ruga sâ cazi voluntar pe spate. Eu sunt în spatele tău pentru a te susţine. Cazi pe spate! ".

Această parte a exerciţiului arc ca scop asigurarea unui sentiment de securitate în timpul căderii pe spate. Pentru a mări forţa de susţinere a pacientului, terapeutul poate face cu un picior un mic pas înapoi. Se repetă căderea voluntară pe spate de câteva ori, până când pacientul realizează mişcarea într-o stare de confort psihologic. Apariţia repetată a unor rezistenţe la indicaţia de a cădea pe spate poate fi semnalul unei lipse de încredere în terapeut şi a unui nivel crescut de anxietate.

„Acum te rog sâ închizi ochii şi să le relaxezi. In câteva momente îţi voi cere să-ţi imaginezi că vii pe spate, tţi voi atinge uşor umerii cu mâinile mele şi vei simţi cum ele te atrag tot mai mult, tot mai mult pe spate...'" (Se atinge uşor pacientul în zona umerilor.) „Imaginează-ţi ca începi să cazi pe spate, că o forţă din ce în ce mai mare te atrage înapoi, pe spate. Braţele mele te atrag puternic pe spate cu forţa unui magnet uriaş... Cazi pe spate... cazi pe spate şi cu cât te opui acum mai mult acestei forţe, cu atât forţa de atracţie spre spate devine mai intensă... Cazi pe spate..."

Testul se numeşte „Testul oscilaţiei corpului", deoarece subiecţii care au tendinţa de a se opune forţei de atracţie spre spate îşi înclina corpul în faţă; dar această înclinare dezechilibrează corpul, care va avea tendinţa să se echilibreze prin înclinarea spre spate. Se dezvoltă astfel o mişcare de oscilaţie. Dacă apare această oscilaţie este bine ca terapeutul să o verbalizeze:

„ Corpul începe să oscileze, dar cu cât te opui mai mult forţei de atracţie spre spate, cu atât aceasta devine mai intensă!...".

în lucrarea sa *General Techniques of Hypnotism* (1957), A. Weitzenhoffer face o descriere detaliată a acestui exerciţiu, propunând mai multe variante de utilizare.

5. Pendulul lui Chevreul

Acesta este unul dintre cele mai vechi şi mai cunoscute teste de sugestibilitate şi poartă denumirea lui Chevreul care, în 1812, a fosl primul care a identificat adevărata natură a fenomenului ce stă la baza acestui (est. Pentru a evidenţia relaţia care există intre corp şi spirit, T.H. Schultz (1956) invocă, şi el, un experiment asemănător pe care i-l atribuie lui R. Bacon (1926).

Pendulul este alcătuit dintr-o mică greutate sferică sau piramidală atârnată de un fir lung de aproximativ 25 cm. Pacientul va fi aşezat în faţa unui birou, cât mai aproape de acesta; antebraţul stâng se va sprijini relaxat pe birou, în timp ce braţul drept se va sprijini în cot, cu antebraţul ridicat aproape în poziţie verticală. Pendulul va fi ţinut între degetul mare şi cel arătător al mâinii drepte şi va atârna la o distanţă de 1-2 cm de suprafaţa biroului. Pacientului i se poate administra următorul consemn:

„ Pe măsură ce te relaxezi respirând profund, concentrează-ţi atenţia asupra pendulului... şi, pe măsură ce-l priveşti, vei observa, mai degrabă sau mai târziu, că el începe să se mişte. La început se va mişca doar foarte puţin... apoi, din ce în ce mai mult... Priveşte pendulul... începe să se mişte, să se balanseze... mişcarea continuă... Gândeşte-te la mişcarea pendulului. .. doar la mişcarea pendulului... şi, pe măsură ce te gândeşti la această mişcare, pendulul se va mişca din ce în ce mai mult...". (Pendulul începe să se mişte şi, pe măsură ce avem o idee privind forma mişcării - în cerc, înainte-înapoi, dreapta-stânga, verbalizăm acest fapt.) „Da... foarte bine... pendulul începe să se mişte în cerc (înainte-înapoi, stânga-dreapta) ...şi mişcarea lui devine din ce în ce mai amplă... din ce în ce mai amplă... Pendulul continuă să se mişte fără să ştii cum anume şi de ce se mişcă... pendulul se mişcă pur şi simplu doar concen- trându-te asupra lui... şi lăsându-l să se balanseze din ce în ce mai mult... Iţi vine greu acum să opreşti mişcarea pendulului... şi, cu cât mai mult vei încerca să opreşti pendulul, cu atât mai mult el se va mişca... "

Acest exerciţiu poate fi folosit şi pentru „interogarea inconştientului" pacientului, în cazul în care pendulul va fi suspendai deasupra unei foi de hârtie pe care este desenat un cerc cu un diametru de 5-6 cm intersectat de două linii perpendiculare, reprezentând direcţiile de mişcare ale pendulului pentru răspunsurile „Da", respectiv „Nu" ; mişcarea circulară ar putea reprezenta un semnal pentru răspunsul „Nu ştiu".

Da

Nu

Putem adresa, de exemplu, inconştientului pacientului întrebarea:

„Doreşte inconştientul tău să te conducă astăzi într-o transă hipnotică profundă '!

Mişcarea pendulului poale fi explicată în termenii ideomotricităţii. Comportamentele exterioare, observabile, au corespondenţe interioare cognitive şi afective, iar activarea unei emoţii sau credinţe poale conduce la activarea unor comportamente. Se vorbeşte, în mod frecvent, despre „limbajul corpului", cu ajutorul căruia exprimăm, într-o manieră inconştientă, ceea ce simţim sau gândim. Aşa-num iţele „detectoare de minciuni" au la bază prelucrarea complexă a modificărilor psihofiziologice şi comportamentale, uneori mai greu de observat cu ochiul liber, care însoţesc răspunsurile verbale ale subiectului.

6. Levitatia braţului

Acest lest de sugestibilitate este, deseori, inclus în procedurile standard de inducţie a hipnozei. Deoarece mulţi dintre pacienţi apropie hipnoza mai degrabă de somn şi relaxare decât de somnambulism şi dezvoltă, prin urmare, ideea unui comportament mai curând pasiv în timpul transei, reacţia la acest test, care presupune iniţierea unei mişcări, apare conform experienţei noastre cu o frecvenţă mai mică. Oricum, consider că subiecţii care reacţionează pozitiv Ia acest lest pot fi consideraţi ca având un grad ridicat de sugestibilitate.

Pentru practicarea acestui exerciţiu subiectul va trebui să sica comod pe un fotoliu, ţinând mâna dreaptă pe coapsa piciorului. 1 se administrează următorul consemn:

Af dori să stai in acest fotoliu (scaun) cât mai relaxat posibil... Pur şi simplu relaxează-te şi priveşte-li mâna. Concentrează-te intens asupra mâinii şi ascultă-mi vocea. Peste câteva momente ai putea observa o senzaţie deosebită in mâna ta. Ar putea fi un fel de amorţeală ori furnicătură, sau o altă senzaţie. Nu contează prea mult ce anume senzaţie va apărea... în orice caz, braful tău se va mişca foarte curând... Cum anume nu aş putea să-ţi spun. Arputea să se mişte vârful unui deget, degetul în întregime sau poate chiar mâna toată... Nu contează ce anume se va mişca... dar mâna ta este pe cale să se mişte. Acum, pur şi simplu, priveşte-ţi mâna şi concentrează-te asupra ei... Gândeşte-te la mişcarea care va începe... In curând mâna ta va începe să se mişte... Simţi cum mâna ta iniţiază această mişcare... Mâna ta este pe cale să se mişte. Se mişcă foarte puţin, abia perceptibil...". (Dacă mâna se mişcă, continuăm... „Se mişcă din ce în ce mai mult...".) „Curând vei avea senzaţia că mâna şi braţul tău devin mai uşoare... Pe măsură ce mă asculţi, te concentrezi asupra mâinii tale care devine uşoară... mai uşoară... din ce in ce mai uşoară.,. şi are tendinţa de a se ridica de pe picior. Ai putea avea senzaţia ca şi cum braţul tău ar fi legal de un balon care-l ridică... îl trage în sus... din ce în ce mai sus... Braful tău devine din ce în ce mai uşor,., şi greutatea lui scade... scade din ce în ce mai mult. E ca şi cum o forţă. îl trage în sus, îţi trage mâna şi braţul de pe piciorul tău... Poţi simţi cum mâna ta devine uşoară ca un fulg... pluteşte uşoară ca un fulg... O forţă din ce în ce mai intensă îţi trage mâna în sus şi mâna ta se ridică... se ridică din ce în ce mai mult..."

Este foarte important să observăm şi să verbalizăm orice mişcare care apare în mâna şi braţul pacientului. De pildă, dacă se mişcă uşor un singur deget, atunci spunem :

„Unul din degetele tale tocmai a început să se mişte... in curând tendinţa de mişcare va cuprinde întregul braţ care va începe să se mişte".

Sunt terapeuţi care recomandă utilizarea *oricărei* mişcări, chiar dacă ea apare în altă parte a corpului, în construirea unor sugestii mai convingătoare:

„ Observ că au început să se miște mai întâi... pleoapele tale... Descoperă cât de repede această tendinţă de mişcare va cuprinde şi braţul tău... ".

Observând continuu subiectul, este foarte important să nu verbalizăm în mod repetat lucruri care, în mod evident, nu se produc.

A. Weitzenhoffer propune şi următoarea variantă a acestui exerciţiu. Mai întâi ne aşezăm în faţa subiectului şi plasăm mâna noastră dreaptă la câţiva centimetri deasupra mâinii sale drepte, aşezate pe coapsă sau pe o masă mai joasă aflată între noi. Apoi îi transmitem următorul consemn:

„Doresc să te relaxezi- Mai întâi simte-te confortabil şi rekixează-te... Priveşte-ţi mâna... Peste câteva momente mâna ta va începe să se ridice uşor ca şi cum ar fi atrasă de mâna mea... Ai putea chiar să simţi o forţă atrăgând mâna ta către mâna mea. Mâna ta este pe cale să se ridice... 0 poţi urmări cu privirea... O forţă îţi atrage acum mâna în sus... în curând nu vei mai putea să rezişti acestei atracţii... Mâna ta se ridică, mâna ta se ridică încet, încet... dar sigur. Nu-ţi mai poţi ţine mâna pe picior (masă.) din cauza acesteiforţe irezistibile care. îţi atrage mâna către mâna mea... Mâna ta se ridică, mâna ta se ridică încet, încet... ".

Imediat ce mâna începe să se mişte, adăugăm:

„Priveşte-ţi mâna, urmăreşte-o cu ochii tăi... ctc. Se ridică din ce în ce mai sus... mai sus... etc."

Am putea recomanda subiecţilor ca în timpul exerciţiului să privească la punctul situat între ochii noştri, şi nu la mâna sa. De asemenea, în timpul administrării sugestiilor de levttaţie putem să executăm câteva „pase magnetice" pe suprafaţa superioară a mâinii subiectului ori, pur şi simplu, să simulăm - atingându-i uşor mâna - gestul ridicării mâinii lui cu ajutorul mâinii noastre; în primul caz facilităm centrarea atenţiei subiectului asupra mâinii sale, în timp ce, apucându-i mâna şi simulând ridicarea ei, putem determina o tendinţă involuntară de a veni în întâmpinarea mişcării noastre.

7. Catalepsia pleoapelor

Subiectul, aşezat relaxat în fotoliu, cu ochii închişi, este atins în mijlocul frunţii de către unul din degetele terapeutului. Menţinând această poziţie, îi adresăm subiectului următorul mesaj:

„Te rog să închizi ochii şi, cu ochii ermetic închişi, întoarce globii oculari spre spate ca şi cum ai dori să vezi vârful degetului meu aşezat pe frunte. Păstrează în continuare ochii închişi, orientând globii oculari pe spate... Procedând astfel, vei descoperi că pleoapele tale devin din ce în ce mai grele şi ochii din ce în ce mai ermetic închişi. Ochii sunt închişi din ce în ce mai ermetic, obosesc din ce în ce mai mult şi pleoapele devin din ce în ce

mai grele. Pleoapele se lipesc pur şi simplu de globii oculari obosiţi. Peste câteva clipe te voi ruga să încerci să deschizi ochii, dar vei descoperi cât de greu îţi va fi să faci această mişcare, deoarece, pe măsură ce pleoapele devin din ce în ce mai grele, ele se lipesc de globii oculari. Pleoapele grele ca de plumb, amorţite, încremenite, acoperă ermetic globii ocukiri. In aceste

condiţii îţi vafi foarte, foarte greu... daca nu chiar imposibil să deschizi ochii, Poţi ***încerca,*** *dar îţi va fifoarte, foarte greu daca nu chiar imposibil să deschizi ochii... Atât de greu îţi este să deschizi ochii. încât vei găsi di este mai bine sa nu mai încerci, deoarece, cu cât încerci mai mult, cu atât mai mult pleoapele devin mai grele si se lipesc mai tare de globii oculari obosiţi... ".*

Mulţi terapeuţi consideră că orientarea globilor oculari pe spate face, cu adevărat, foarte dificilă deschiderea ochilor, deoarece realizarea acestor două mişcări implică muşchi opuşi. Oricum, închiderea ochilor şi imposibilitatea deschiderii lor sunt asociate cu intrarea în transă. De aceea, înainte de începerea exerciţiului, în momentul în care solicităm închiderea ochilor îi putem spune subiectului:

….Rămâi liniştit şi relaxat deoarece nu-(i voi induce o transă hipnotică... deocamdată... ".

Observaţi pauza şi accentul pus pe *„deocamdată"* - care vehiculează, într-o manieră indirectă, posibilitatea intrării în transă mai târziu.

Manualele de hipnoză descriu şi alte multe teste de sugcslibilitate (catalepsia braţului, apropierea sau depărtarea mâinilor, încleştarea degetelor etc. - a se vedea, de pildă, cartea lui A. Weitzenhoffer - *General Techniques of Hypnotism,* 1957). Testele descrise mai sus fac parte dintre cele mai frecvent utilizate. Este impomnt ca în faza de pregătire a subiectului să nu exagerăm prin utilizarea unui număr prea mare de teste de sugesti- bilitate şi să începem cu cele la care subiecţii au o mai mare probabilitate de a răspunde pozitiv, şi în care şi noi, ca terapeuţi, credem mai mult!

CAPITOLUL IV

Caracteristicile limbajului hipnotic

1. Stiluri adresative

[9]

Comunicarea hipnotică are ca principal obiectiv mobilizarea resurselor inconştiente ale pacientului. Se spune deseori că soarta unui cuvânt nu depinde de gura care-1 spune, ci de urechea la care ajunge. Acest principiu cslc cu atât mai valabil în hipnoză, şi tot mai mul{i cercetători ai domeniului, analizând diada inductor-indus, evidenţiază rolul deosebit al acestuia din urmă în crearea transei. Cuvintele hipnotizatorului nu sunt cuvinte magice care au o forţă intrinsecă sau care vehiculează puterea emiţătorului lor; cuvintele dobândesc o anumită putere doar dacă întâlnesc ceva anume în universul interior al pacientului: credinţe, aşteptări, experienţe etc.

începusem să practic hipnoza şi, spre surprinderea mea, unii dintre foştii colegi (psihologi) sau medici care au aflat despre efectele terapiei practicate de mine îmi solicitau „formulele" utilizate pentru inducţia transei! Puterea şi competenţa hipnoterapeutului nu se rezumă la „formule" verbale, ci la capacitatea acestuia de a stabili un raport psihologic adecvat, de a comunica verbal şi non-verbal cu pacientul; în inducţia transei, de foarte multe ori contează nu atât ceea ce-i spui pacientului, cât mai ales *cum* anume îi spui *(ce* anume îi spui se adresează conştientului în timp ce felul în care spui - *cum* - se adresează inconştientului).

Comunicarea hipnotică se poate realiza, în general, în două moduri fundamentale: direct şi indirect. Trebuie să înţelegem că acestea sunt extremele unui continuum şi că, în practică, avem grade de directivitate sau indirecţivitate; de asemenea, în timpul unei inducţii comunicarea directă se poate combina în proporţii variabile cu comunicarea indirectă.

1.1. **Sugestiile directe**

Sugestiile directe sunt formulate peniru a obţine efectele la care ne referim într-o manieră directă şi specifică (Weilzenhoffer). De pildă, pentru un bulimic sugestia terapeutică ar putea fi:

„ De acum înainte, când vei mânca, te vei săturafoarte repede fi mâncatul

va deveni ceva neplăcut" ***(Weilzenhoffer).***

Formularea sugestiilor directe se poate realiza astfel încât să le asigurăm un grad variabil de permisivitate. Comparaţi următoarele formulări:

1. *„închide ochii! "*
2. *„Te rog, închide ochii! "*

3. *„Poţi închide ochii! "*
4. *„Permite ochilor lai să se închidă! "*
5. *„Aş dori să închizi ochii! "*

Aceste formulări se situează pe un continuum care cuprinde un pol imperativ (1) şi unul puternic permisiv (5); formularea nr. 4 are mari şanse de a dezvolta un comportament hipnotic, deoarece induce o anume disociere între ochi (care, obosiţi, inai degrabă sau mai târziu se vor închide) şi restul personalităţii care poate acorda permisiunea închiderii lor. Oricum, toate aceste formulări specifică foarte clar rezultatul aşteptat, nu conţin nimic ascuns. Pentru creşterea permisivităţii acestor sugestii putem utiliza formule de tipul:

„mai degrabă sau mai târziu... ", „îţi va fi foarte, foarte greu... sau chiar imposibil" etc.

Astfel, subiectul are o mai mare libertate de a produce răspunsul în ritmul Iui sau de a-1 produce doar parţial:

.....mai degrabă... sau mai târziu... ochii obosiţi se vor închide";
.....îţi vafifoarte... foarte greu... dacă nu chiar imposibil să deschizi ochii... ".

Alteori sugestiile directe nu specifică doar rezultatul aşteptat, ci şi mijlocul care poate fi utilizat pentru obţinerea lui:

„... Iţi poţi imagina că te afli într-un tren al timpului care te conduce într-o situaţie trăită
cu mult... foarte mult timp în urmă ".

Sugestiile directe sunt tipice pentru hipnoza „tradiţională". Ele pot fi eficiente în demersuri hipnotice ritualizate care intra în acord cu credinţele subiectului privind forţa „magică" a hipnozei. In plus, pacienţii trebuie să fie puternic motivaţi şi cu o anume tendinţă spre conformism.

Utilizarea sugestiilor directe implică unele probleme şi dificultăţi.

Nu întotdeauna este uşor să răspunzi unei sugestii directe. De cele mai multe ori acestea - ca de altfel toate sugestiile hipnotice - vizează obţinerea unor răspunsuri involuntare, realizate fără participare conştientă. Este uşor să răspunzi unei cereri de forma:

„închide fereastra! " (dacă ai mâini §i

picioare!), dar este mai problematic să te

conformezi cererii:

„Dorini!"

sau:

„Nu vei mai avea

probleme ", sau în forma sa

pozitivă:

„ Te vei simţi din ce în ce mâi bine! ".

M. Erickson a subliniat caracterul paradoxal al inducţiei hipnotice evidenţiind faptul că o acţiune realizată voluntar *(„relaxează braţul!* ") trebuie să fie urmata de un efect involuntar, spontan („... *şi-ţi va fi foarte, foarte greu, dacă nu chiar imposibil să-l ridici...").* Pentru a rezolva acest conflict... pacientul intră în transă!

Sunt multe persoane care nu acceptă cereri imperative, directe. în societăţile care cultivă autoritatea terapeutului şi acceptă uşor o relaţie terapeutică puternic asimetrică, pacienţii sunt obişnuiţi sâ se conformeze cererilor terapeuţilor fără a se întreba în legătură cu legitimitatea şi valoarea terapeutică a acestora. In societăţile occidentale şi europene moderne - de tip pluralist şi democratic - autoritatea terapeutului este altfel percepută. Mulţi psihoterapeuţi au remarcat că sugestiile directe sunt mai eficiente la pacienţii internaţi. Puterea terapeutului este dublată de puterea instituţiei; în plus, pacienţii sunt în afara mediului lor socio-familial obişnuit şi securizant. De aceea, atunci când utilizăm sugestii directe trebuie să ne amintim că eficienţa lor depinde de context şi de puterea cu care ne investeşte pacientul. Dacă pacientul „rezistă" şi noi insistăm în administrarea unei sugestii, este foarte posibil să declanşăm un proces circular în care insistenţa alimentează rezistenţa. Dacă un pacient nu reacţionează la o sugestie directă într-un timp rezonabil, nu trebuie să insistăm sau să descriem comportamente care în mod evident nu se produc, pentru „a-1 ajuta" pe pacient. Astfel, dacă sugerăm unei persoane c3 „ochii obosesc şi se închid", iar pacientul nu manifestă nici un semn de oboseală sau tendinţa de a închide ochii, este inutil să continuăm să repetăm:

„ ochii se închid... se închid... ”.

In astfel de situaţii, M. Erickson recomandă utilizarea rezistenţei. Cea mai bună metodă de eliminare a rezistenţei este încurajarea ei:

.....continuă sa //« ochii deschişi... probabil faci parte din categoria persoanelor care
preferă să intre in transă cu ochii deschişi... ”.

Referitor la rezistenţa activată de sugestiile directe, M. Erickson spunea că atunci când cerem cuiva ceva în mod direct trebuie să ne asumăm şi riscul de a fi refuzaţi. In cazul în care sugestia nu conduce la efectele aşteptate, ea poate induce o stare de disconfort atât terapeutului cât şi pacientului; dacă terapeutul ar putea depăşi relativ uşor această situaţie, pacientul va trăi, însă, efectul unui eşec suplimentar.

Sugestiile directe pot induce un grad sporit de disconfort atunci când solicită schimbări pentru care pacientul nu este pregătit. Constrângerea relativă, realizată de sugestiile directe, nu va fi suficientă pentru a obliga un pacient să execute un ordin care nu i-ar conveni, dar ar putea crea o anume tensiune şi ar putea fi la originea unor efecte neplăcute. Este ilustrativ cazul unuia din primii mei pacienţi căruia i-am administrat cu succes sugestia catalepsiei braţului drept şi a imposibilităţii mişcării lui; după şedinţa respectivă, pacientul a refuzat hipnoterapia, de teamă să nu rămână cu braţul drept ..paralizat". De aceea, sugestiile directe, mai ales cele care nu sunt explicit orientate spre simptom, trebuie administrate cu prudenţă şi, de asemenea, ele trebuie anulate în momentul scoaterii pacientului din transă.

A spune direct oamenilor ce trebuie să facă, aşa cuin se întâmplă în cazul sugestiilor directe, pentru rezolvarea problemelor lor, nu este totdeauna un demers util şi ar putea fi chiar o lipsă de respect pentru inteligenţa şi

creativitatea lor. De multe ori aceştia ştiu ce trebuie făcut, dar au senzaţia că nu au resursele necesare.

Frecvent, hipnoterapia necesită un demers individualizat şi creativ. De aceea, un bun terapeut trebuie să ştie cum să combine resursele sugestiilor directe şi ale celor indirecte. între avantajele sugestiilor directe menţionăm:

• pacientul percepe uşor relaţia dintre ele şi problema lui;

- menţin pacientul centrat asupra obiectivelor terapeutice ;
- provoacă o implicare directă a pacientului în procesul terapeutic ;
- pot furniza modele rezolutive pentru abordarea unor probleme viitoare în cadrul unor strategii de rezolvare, dezvoltate în mod conştient.

Pentru a mări eficienta sugestiilor terapeutice directe şi a preîntâmpina unele din dificultăţile menţionate, terapeutul trebuie să aibă în vedere câteva principii:

- Să formuleze sugestiile într-o manieră cât mai permisivă:

„... poţi, dacă doreşti, să laşi pleoapele să acopere globii oculari...";
....mai degrabă... sau mai târziu... ai putea simit o senzaţie de greutate în braţul drept...".

Formularea acestor sugestii necesită mai multă experienţă din partea terapeutului. Avantajul lor este acela că lasă pacientului o mai mare libertate de a răspunde dimensiunii provocative a sugestiei.

- Sugestiile terapeutice trebuie să utilizeze resursele imaginative ale pacientului, reprezentările sale cu privire la natura fenomenului hipnotic, ideile referitoare la cauzele şi evoluţia bolii, credinţele magice ale acestuia. Astfel, dacă pacientul crede în „mitul energetic" al hipnozei, atunci sugestiile cu privire la diversele „energii" pe care transa hipnotică le poate mobiliza în pacient s-ar putea dovedi foarte eficiente.
- Sugestiile trebuie să fie sau să pară logice; sugestiile vor fi expresia condensată a unei interpretări, propusă de terapeut şi acceptată de pacient. Cazul clinic care urmează ilustrează eficienţa acestei recomandări.

Pacientul N.V., 25 ani, avocat. A solicitat psihoterapie datorită unui baloism care se manifesta în forme mai accentuate în timpul relaţiilor de serviciu cu maximă încărcătură psihică. Stabilirea sugestiei terapeutice a fost precedată de următorul demers explicativ:

- relaţiile de serviciu sunt, în general, foarte solicitante şi, de aceea, cu greu poate fi calm si relaxat; în plus, o relaxare prea mare l-ar putea face mai puun eficient;
- starea de tensiune psihică se exprimă în plan fizic prin încordarea unor grupe musculare ce perturbă funcţionarea normală a aparatului fonator, conducând la apariţia simptomului;
- deoarece cu greu s-ar putea înlătura total starea de tensiune psihică din timpul serviciului (§i nici nu ar fi indicat!), soluţia ar fi ca ca să fie descărcată prin încordarea altor grupe musculare, de pildă strângând pumnul stâng.

Astfel, în timpul transei hipnotice, pacientul repetă, calm, liniştit, următoarea sugestie terapeutică: *Jn orice împrejurare strâng pumnul stâng, cuvintele vin de la sine".*
Pacientului i s-a prescris acest nou „simptom" care, în timpul serviciului ori în alte circumstanţe stresante, înlocuia simptomul iniţial. Terapia a durat aproximativ două luni si a condus la rezultate foarte bune.

1.2. Sugestiile indirecte

Sugestiile indirecte sunt cele care se rclaţionează într-o manieră sublilă, acoperită cu problema clientului sau cu răspunsul specific aşteptat. Ele sunt sugestii „deschise", „activatoare" (M. Erickson) şi îşi bazează eficienţa pe mobilizarea unor mecanisme şi resurse psihologice inconştiente. Ele nu servesc, uneori, decât pentru a antrena spiritul pacientului într-o direcţie pe care, în mod spontan, o evită, prin manipularea subtilă a unor

procese asociative. Dacă sugestiile directe îşi propun să introducă în mintea pacientului o anumită idee, sugestiile indirecte, deschise, îşi propun, dimpotrivă, să aducă la suprafaţă, să facă vizibil în comportamentul pacientului ceea ce se află deja în inconştientul lui.

Utilizarea sugestiilor indirecte solicită din partea terapeutului antrenament şi o bună experienţă clinică. După cum spunea M. Erickson. „sugestiile indirecte, făcute în timpul transei, funcţionează ca nişte chei ce sunt încercate rând pe rând pentru a activa procesele asociative în interiorul încuietorilor care sunt cadrele de referinţă ale pacientului".

T. Melchior (1994) distinge două modalităţi principale de manifestare a indirecti- vitâţii: a *formei* sugestiei şi a *conţinutului* acesteia.

Caracterul indirect al formei este asigurat prin evitarea realizării unei propuneri sau a unei cereri directe, deşi sugestia conţine totuşi comportamentul ţintă. De pildă, dacă formulăm o sugestie permisivă de forma :

„Ai putea, dacă doreşti, să laşi pleoapele să-ţi acâpere globii oculari”,

transmitem totuşi dorinţa ca pacientul să-şi închidă ochii. Alta este situaţia în cazul formulărilor care urmează:

„... Nu ştiu dacă ochii au deja dorinţa să se închidă... şi probabil nici tu nu ştii încă momentul în care ochii vor dori să se închidă... şi poţi să-ţi acorzi plăcerea de a descoperi că, pentru a te simţi mai confortabil, poţi chiar lăsa ochii tăi să se închidă”.

Presupoziţia este mijlocul principal pentru realizarea unor sugestii cu formă indirectă. Deşi aceste sugestii sunt specifice hipnozei ericksoniene, ele sunt utilizate într-o anumită măsură şi de hipnoza clasică, îndeosebi atunci când se vehiculează presupoziţii legate de timp:

„Când mâna ta va atinge fruntea (sepresupune că mâna va atinge fruntea), atunci se va petrece... ” (de pildă: „vei intra într-o transă profundă”).

Sugestiile cu un conţinut indirect sunt practic absente în hipnoza tradiţională. Caracterul indirect al conţinutului este realizat prin comunicări referitoare Ia *altcineva* sau *altceva* decât la comportamentele a căror manifestare se doreşte.

Astfel, sugestiile se pot referi la alte persoane, la reacţiile lor în situaţii similare:

„ Unele persoane se relaxează mai bine închizând ochii... ”,

sau:

„ Unele persoane trăiesc starea de relaxare ca o senzaţie de greutate..., altele ca o senzaţie de plutire sau căldură... Descoperăfelul în care corpul tău trăieşte starea de relaxare... ”.

De obicei se utilizează presupoziţii generale sau truisme. Se pot utiliza poveşti, analogii, metafore:

„ Unul din pacienţii mei mi-a povestit că...”.

Atunci când conţinutul sugestiilor se referă Ia *altceva,* ele pot lua fie forma unor enunţuri generale (truisme):

„... oboseala provoacă tendinţa de închidere a ochilor... ”,
„încercarea de a păstra ochii deschişi esle dificilă după un anume timp... ”,

fie forma evocării unor realităţi analoage comportamentului vizat:

„... noaptea când dormi, după ce ai închis ochii, începi să visezi- • -

"După cum se observă, deja, metafora este unul dintre mijloacele frecvent utilizate pentru formularea unor sugestii indirecte din punct de vedere al conţinutului.

Utilizarea sugestiilor indirecte face termenul de rezistenţă caduc. într-adevăr, din moment ce pacientului nu i se cere nimic, el nu are în raport cu ce să-şi manifeste rezistenţa. Mai mult, în cazul sugestiilor cu conţinut indirect, pacientul chiar se poate întreba de ce terapeutul îi vorbeşte despre cu totul altceva decât despre el si problema sa. De aceea, uneori, un exces de indirecţivitate ar putea conduce pacientul la o percepţie nu tocmai pozitivă privind competenţa terapeutului.

Oricum, utilizarea sugestiilor indirecte este legitimată de faptul că nu doar partea conştientă este responsabilă de problemele pacientului, ci şi o altă parte mai profundă, numită în mod frecvent inconştient. Deşi sugestiile indirecte se infiltrează în spaţiul psihologic inconştient al pacientului într-o manieră subtilă, ocolind cenzurile logice ale conştientului, pacientului nu i se impune nimic; din moment ce sensul sugestiilor indirecte nu este univoc, pacientul este orientat spre o pluralitate de opţiuni. Acest tip de sugestii face din pacient un colaborator activ al terapeutului, întrucât îi stimulează un travaliu intern interpretativ şi creativ.

Tipurile de sugestii prezentate până acum pot fi situate pe un continuum (T. Melchior):

Sugestii directe autoritare	**Sugestii** directe permisive	**Sugestii** indirecte d.p.d.v. al **formei**	Sugestii indirecte d.p.d.v. al conţinutului

w

1.3. Ce tip de sugestii utilizăm?

Sugestiile utilizate în timpul hipnozei vor fi alese funcţie de personalitatea pacientului şi de obiectivul terapeutic urmărit. Am arătat deja că unul din obiectivele testelor de sugesti- bilitate utilizate în faza de pregătire a clientului pentru hipnoză este acela de a detecta ce tip de sugestii influenţează într-o manieră mai eficientă comportamentul pacientului.

Cu persoane caracterizate printr-o tendinţă accentuată spre conformism şi care se raportează la terapeut conform modelului medical al relaţiei medic-pacient, în care acesta din urmă se plasează de la început într-o poziţie pasivă, de ascultare şi supunere, sugestiile directe, mai mult sau mai puţin permisive, s-ar putea dovedi foarte utile.

Cu persoanele care suportă greu orice formă de autoritate şi care au tendinţa de a filtra raţional orice mesaj primit, sugestiile indirecte ar putea crea un cadru foarte bun pentru stimularea schimbării terapeutice.

Terapeuţii cu experienţă ştiu să găsească, funcţie de pacient, cel mai bun echilibru între cei doi poli direcţivism/indirectivism, combinând tipurile de sugestii prezentate. Prea mult directivism activează rezistenţe, prea mult indirectivism nscă să lase terapia fără obiective clare. Sunt multe obiective care pot fi atinse doar dacă se adoptă un demers dominant directiv: rezolvarea consecinţelor psihologice ale unei situaţii traumatice (regresie

de vârstă), managementul durerii, rezolvarea problemelor care necesită tehnici de dezorientare spaţio-temporală.

Deşi sunt mulţi terapeuţi care valorizează abordarea indirectă, trebuie să ne amintim de principiul formulat de J. Zeig; „Gradul de indirectivitate ar trebui să fie direct proporţional cu gradul de rezistenţă perceput" (1980).

De aceea, am putea spune că „ indirecţivitatea nu este o chestiune de principiu, ci, mai degrabă, o problemă de strategie şi dozaj" (Melchior, 1994).

Totuşi, trebuie să remarcăm faptul că abordarea unui stil direct sau indirect este determinată şi de opţiunile teoretice ale terapeutului. Terapeuţii diferă între ei funcţie de rolul acordat *insight-alui* în procesul schimbării terapeutice. Terapeuţii care consideră *insight-ul* absolut necesar pentru realizarea unei schimbări terapeutice autentice şi acordă conştiinţei rolul dominant în procesul terapeutic vor avea tendinţa să utilizeze mai degrabă sugestii mai apropiate de polul directiv (avantajele sugestiilor directe deja menţionate clarifică mai bine această opţiune).

Alţi terapeuţi consideră că *insight-ul* nu numai că nu este necesar pentru realizarea schimbării terapeutice dar, în anumite situaţii, ar putea chiar să împiedice realizarea acesteia prin activarea unor rezistenţe. Milton Erickson afirmă explicit: inconştientul poate rămâne inconştient! Aceştia vor avea deci tendinţa să utilizeze abordări dominant indirecte cu scopul mobilizării resurselor inconştiente ale pacientului.

Există riscul ca mulţi terapeuţi de orientare ericksoniană să utilizeze cvasiexclusiv doar abordări indirecte, uitând de recomandarea lui J. Zeig menţionată mai înainte. Această atitudine ar putea fi expresia unor temeri. Mai întâi ar putea fi teama de eşec - am spus deja că, atunci când cerem direct ceva cuiva, trebuie să ne asumăm şi riscul de a fi refuzaţi! Astfel de terapeuţi se protejează de situaţiile inconfortabile create de reacţiile pacienţilor neconforme cu eventualele sugestii directe utilizate, ascunzându-se in spatele unor „principii": „Pacientul ştie cel mai bine de ce anume are nevoie" ; .Odată intrat în transă, pacientul îşi face propria terapie" etc.

O altă teamă îşi are originea în dorinţa terapeutului de a nu fi perceput ca autoritar şi dominator. în faţa unui pacient cooperant, relaxat şi binevoitor, o atitudine directivă, autoritară, induce Ia unii terapeuţi o anume disonanţă şi disconfort. Aceştia devin prizonierii temerilor lor, evitând orice comportament care ar putea provoca neplăceri pacienţilor lor.

O bună formare în psihoterapie trebuie să-i conducă pe terapeuţi în situaţia de a-şi asuma responsabilitatea influenţării pacienţilor în direcţia unor obiective stabilite într-o manieră colaboraţi vă chiar dacă, abandonând beneficiile simptomului, aceştia ar putea manifesta temporar sentimente nu tocmai pozitive faţă de ei.

2. Structura sugestiilor

2.1. Sugestii pozitive

Mulţi cercetători ai domeniului afirmă că inconştientul nu operează cu negaţii, ci doar cu j ritmaţii. De aceea, foarte multe dintre sugestiile utilizate pentru inducţia transei şi în >jop terapeutic au o formă afirmativă, pozitivă. Cuvintele actualizează gânduri, imagini, emoţii si facilitează reconstituirea în plan mental a situaţiilor şi experienţelor care vor ..institui obiectul travaliului terapeutic. Cuvintele pot nu doar să *descrie* realităţi prezente,

trecute sau viitoare, ele pot *crea* realităţi psihologice unice în măsura în care reuşesc să mobilizeze credinţe, atitudini, aşteptări... In timpul transei, când pacientul perm ca - bilizează graniţa dintre real şi imaginar, când procesele imagistice, afective şi creative sunt în mod deosebit active, sugestiile suportive, cele care încurajează pacientul să trăiască sau să experimenteze ceva dezirabil, să identifice alternative la „harta" sa asupra realităţii, devin deosebit de eficiente.

Iată câteva exemple de sugestii pozitive:

„... pe măsură ce respiri... te simţi din ce în ce mai relaxai în fotoliul confortabil în cure te afli...";

„... poţi descoperi în Interiorul tău resurse de care ai putea să te miri tu însuţi..."; „...poţi auzi ceea ce se întâmplă în jurul tău... mintea ta conştientă ar putea să-şi pună anumite întrebări şi să fie atentă la amănunte... în timp ce mintea ta inconştientă ştie cu adevărat ceea ce este important pentru tine acum... ";

„... poţi observa apariţia în corpul tău a senzaţiilor plăcute de relaxare...".

Când sugerăm imposibilitatea realizării unei acţiuni (de pildă ridicarea braţului), este bine să utilizăm formulări pozitive:

....îţi va fi foarte... foarte greu, dacă nu chiar imposibil, să ridici braţul...".

Formulările negative de tipul:

„ Nupo{iridica braţul! "

ar putea declanşa o relaţie de competiţie între pacient şi terapeut.

2.2. Sugestii negative

Sugestii*'c* negative au, oarecum, un efect paradoxal: noi nu putem nega, elimina decât ceea ce avem deja! Dacă vă voi spune:

„Nu vă gândiţi la o prăjitură mare! ",

mai întâi vă va apărea în minte imaginea prăjiturii, apoi veţi declanşa lupta împotriva ei şi, cu cât veţi lupta mai mult, cu atât imaginea va deveni mai persistentă pentru că, nu-i aşa, nu poate exista luptă fără adversar!

Interdicţiile vehiculate de negaţii activează tendinţa structurală a omului de a le încălca (tendinţa descrisă metaforic de povestea biblică a mărului din grădina Edenului. de conceptul psihanalitic exprimai prin metafora Iui Oedip etc). De aceea, sugestiile negative pot fi utilizate pentru a induce anumite manifestări sugerând persoanelor să *nu* acţioneze în direcţia dorită de noi. De pildă:

„... nu vă gâniliţi la senzaţia de relaxare care se furişează acum în braţul drept... "

sau:

„... nu lua încă în consideraţie faptul că problema ta poate fi rezolvată...",

„... nu te gândi încă la momentele plăcute petrecute cu mult timp înainte... " etc.

Se poate întâmpla ca sugestiile negative să fie utilizate într-o manieră naivă şi accidentală şi să conducă la efecle nedorite, în timp ce terapeutul se poate întreba unde

a greşit. Exemplul care urmează este extras dintr-un scenariu de inducţie propus de A. Weitzenhoffer (1957, pp. 217-218):

> *….nu ai nici o teamă de hipnoza deoarece ea este doar benefică pentru tine... Ştii că nu-ţi*
> *poate face nici un rău... Nu te vei trezi până nu-ţi voi spune eu sau în cazul în care s-ar întâmpla ceva cu mine ori viaţa [i-arft în pericol... ".*

Interdicţiile vehiculate de negaţii şi descrierea situaţiilor nedorite ar putea conduce la efectul contrar celui aşteptai de terapeut.

2.3. Sugestii referitoare la conţinut

Fie că sunt pozitive sau negative, sugestiile care vehiculează diverse conţinuturi expe- ricnţiale abundă în detalii, descriu într-o manieră analitică senzaţii, gânduri, amintiri, emoţii, sentimente. Prin furnizarea acestor detalii facilităm reconstruirea şi trăirea intensă şi completă de către subiect a unor experienţe.

Exemplu:

> *„Te laşi legănat de foşnetul monoton al valurilor ce mângâie nisipulfierbinte alplajei pe care stai întins... Corpul întreg este îmbrăţişat de razele fierbinţi ale soarelui, toropit de nisipul cald care te înconjoară... O briză uşoară îţi mângâie fruntea, răcorind-o...*

Utilizând aceste detalii stimulăm pacientul să plonjeze intens în experienţa descrisă de noi. Există însă riscul ca să obţinem uii efect contrar: cu cât descrierile noastre sunt mai detaliate, cu atât probabilitatea ca ele să nu se potrivească cu experienţele trăite de pacient este mai mare. Referindu-ne la exemplul anterior, este posibil ca pacientul să aibă experienţe negative în legătură cu marea sau să aibă tendinţa de a evita soarele puternic etc.

Sugestiile pline de detalii sunt utile pentru trăirea profundă a unor experienţe, eu condiţia ca terapeutul să aibă informaţii anterioare privind aceste experienţe ori în cazul în care terapeutul poate recepta indicatorii adecvaţi (răspunsuri ideodinamice) pe parcursul dezvoltării transei şi, utilizând acest feedback, poate asisia adecvat clientul.

2.4. Sugestii referitoare la procese

Spre deosebire de sugestiile precedente, acestea nu se referă la detaliile experienţelor, ci la procesele pe care ele le implică. Sugestiile referitoare la procese au o mai mică probabilitate de a intra în dezacord cu experienţele pacientului, deoarece ele fixează doar cadrul general care permite trăirea experienţei; ele nu furnizează imaginea plină de detalii, ci doar procesele generale implicate în construcţia imaginii.

Pentru alcătuirea unor astfel de sugestii este util să ne amintim de submodalitaţile senzoriale descrise de programarea neurolingvistică.

- Submodalităţi vizuale (dimensiuni implicate în construcţia unei imagini

vizuale):

- caracterul asociat (văzută eu ochii proprii) sau disociat (mă văd privind ; privirea orientală spre sine);
- culoare/alb, negru;
- profunzime (două sau trei dimensiuni) ;

- lateralizare (stânga - dreapta; sus - jos);
- distanţa între sine şi imagine;
- luminozitate;
- contrast;
- claritate;
- mişcare;
- viteză;
- număr.

• Submodalităţi auditive:
- mono/stereo;
- cuvinte/sunete/zgomote;
- volum;
- ton (blând, dur);
- timbru;
- localizarea sunetului;
- distan(a sursei sonore;
- durată;
- continuitate/discontinuitate;
- viteză:
- claritate.

* Submodalităţi (anestezice:
- localizare;
- intensitate;
- presiune (puternică, slabă);
- mărime ;
- textură (aspră, dulce);
- greutate (uşor, greu);
- temperatură;
- durată;
- formă.

Ţinând cont de aceste modalităţi putem formula sugestii care vor construi doar un cadru ce va permite reconstituirea de către client a experienţei sale.

Astfel putem spune:

„...te afli într-un loc în care te sintli foarte bine... In jurul tău suni lucruri pe care le vezi... unele imagini sunt mai apropiate... altele mai îndepărtate... ar putea fi colorate sau poate nu. clare sau difuze... Auzi liniştea... ori poate cuvinte... sunete... zgomote... ".

Alte sugestii din această categorie ar putea lua forma următoare:

„... ai putea avea o anumită amintire din copilărie, una la care nu te-ai mai gândit de foarte, foarte mult timp...";
„... o senzaţie plăcută i[i cuprinde corpul profund relaxat..." ;
„... un anume sunet prinde contur din ce în ce mai clar... ".

Observaţi în exemplele de mai sus cuvinte cu un conţinut foarte general

(„amintire", „senzaţie", „sunet") care pot deveni semnale pentru experienţe specifice trăite de client.

Unii pacienţi se recunosc atât de bine în aceste descrieri, încât sunt miraţi cum de am intuit experienţele pe care aceştia le-au trăit.

Sugestiile referitoare la procese se referă la structura experienţei, în timp ce detaliile acestei experienţe sunt furnizate de sugestiile referitoare la conţinut. Structurile şi procesele sugerate pot conduce la o reorganizare a conţinutunlor experienţelor anterioare ale subiectului cu consecinţe importante asupra comportamentului rezolutiv al acestuia. Procesele sugerate pot activa selectiv detalii, conţinuturi experienţiale inconştiente, multiplicând alternativele de re formulare a problemelor şi soluţiilor.

2.5. **Sugestii posthipnotice**

Sugestiile posthipnotice sunt administrate în timpul transei şi au ca scop activarea unor comportamente, gânduri, emoţii (a un anumit timp după ce subiectul a ieşit din transă. Acest tip de sugestie face parte integrantă din procesul terapeutic. într-adevăr, în afara unor efecte posthipnotice asupra comportamentului subiectului, hipnoza ar fi total ineficientă ca instrument terapeutic. Deseori, utilizez în transă următoarele sugestii posthipnotice cu caracter oarecum general:

*.....deşi corpul tău **va** reveni în scurt timp la starea de veghe, inconştientul tău va continua*
să lucreze pentru tine... In zilele următoare s-ar putea sâ-{i vină în minte gânduri si imagini aparentfără nici o legătură cu naivitatea pe care o desfăşori, fără să ştii de ce... sau lucruri, situaţii care până atunci ţi se păreau confuze şi fără sens să-ti apară dintr-o dată clare şi coerente, fără să ştii. cum şi de ce... ori, poate... lucruri pe lângă care ai trecut de atâtea ori până acum să le vezi dintr-o dată altfel... ca şi cum le-ai vedea de la un alt nivel... Rămâi curios în legătură cu toate acestea... ".

Acest tip de sugestie posthipnotică creează aşteptări pozitive cu privire la apariţia unor *irtsight-ur'i* şi resemnificări spontane - aşteptări care se transformă în predicţii ce se autoîmplinesc.

Alte sugestii posthipnotice se referă la intrarea într-o transă mai profundă cu ocazia şedinţei viitoare. însă cele mai multe sugestii posthipnotice vizează dispariţia sau diminuarea simptomului ori rezolvarea unor probleme:

.....când te vei prezenta la examen, vei închide ochii, vei respira profund şi vei observa
cum anxietatea se risipeşte pe măsură ce respiri...".

Sugestiile posthipnotice pot fi combinate cu progresiile de vârstă. Unui pacient cu mutism psihogen i-am sugerat să se plaseze într-un viitor apropiat în care problema sa nu mai există. Utilizând tehnica semnalizării ideomotorii, am identificat că acest viitor se plasează la trei săptămâni de la data şedinţei de hipnoză. înainte de ieşirea din

transă, i-am repetat de mai multe ori sugestia :

„... peste trei săptămâni inconştientul tău te va conduce la starea de echilibru psihologic care iţi va permite să vorbeşti normal, firesc, fără efort, de la sine...".

Deseori, terapeuţii asociază sugestiile posthipnotice cu amnezia, ea însăşi un efect posthipnotic, deoarece aceasta favorizează actualizarea comportamentelor sugerate în timpul transei, diminuând rezistenţa conştientă a subiectului.

3. Elementele specifice limbajului ericksonian

In hipnoterapie este deosebit de important să comunicăm atât cu partea conştientă a pacientului, cât şi cu inconştientul acestuia pentru a reactiva resursele latente neutilizate. Limbajul ericksonian, numit deseori şi limbaj (model) miltonian (Tenenbaum, 1996; O'Connor, Seymour, 1995) este opus limbajului analitic, raţional, secvenţial şi precis. El este în mod deliberat vag, creează doar un cadru care permite subiectului să-şi proiecteze experienţele sale, credinţele, aşteptările ctc. De cele mai multe ori, cuvintele utilizate de M. Erickson provoacă o căutare internă, inconştientă. De aceea prezint deseori pacienţilor mei hipnoza ca fiind o formă de introspecţie profundă.

Limbajul ericksonian vehiculează mesaje care se adresează conştientului şi inconştientului ţinând cont de faptul că limbajul accesibil emisferei stângi este limbajul conştientului, iar cel accesibil emisferei drepte este limbajul inconştientului (a se vedea capitolul destinat inconştientului).

Vom prezenta în continuare câteva modalităţi de comunicare specifice limbajului ericksonian.

3.1. Vocea

M. Erickson avea o voce foarte profundă, gravă şi, câteodată, greu de auzit (o consecinţă a poliomelitei). El a transformat acest handicap într-o resursă, descoperind că, modificând ritmul, intensitatea, claritatea şi intonaţia vocii, putea să se adreseze în acelaşi timp conştientului şi inconştientului pacientului (am amintit deja că în hipnoză este deseori mai important *cum* spui decât ceea *ce* spui). Lipsa de claritate a vorbirii face din aceasta un adevărat test proiectiv[1]. De altfel, M. Erickson obişnuia să spună:

> *„în vocea mea vei putea asculta murmurul vântului,*
> *foşnetulfrunzelor...*
> *şi apoi vocea mea va deveni cea a unui vecin,*
> *a unui adult care fi-e prieten, a unui părinte, a unui cunoscut... " (S. Roscn, 1982).*

Se vorbeşte deseori despre o „voce analogică" ; este vocea care, prin caracteristicile sale induce starea de relaxare şi căutare internă. Cea mai mare dificultate relatată de studenţii mei (medici, psihologi), care se pregătesc în domeniul hipnoterapiei, este controlul vocii astfel încât ea să exprime ceea ce doresc ei să exprime. Credinţele şi îndoielile terapeutului, atitudinea lui mai mult sau mai puţin conştientă faţă de pacient şi problema lui se exprimă în vocea acestuia. Putem induce hipnoza în timpul convorbirii cu clientul, utilizând îndeosebi caracteristicile vocii. O pacientă, simţind că starea ei se modifică în timpul convorbirii m-a şi întrebat surprinsă : *„Cum faceţi asta ?* ".

1 Este important să ne amintim că persoanele care utilizează descântece au intuit acest fapt. De altfel, credinţa populară spune că, dacă descântecul este spus foarte clar nu mai are efectul aşteptat. De aceea, de cele mai muttc ori descântecul este receptat ca o bolboroseală greu inteligibilă, presărată din când în când cu cuvinte (cheie) spuse mai clar.

Dc cele mai multe ori, terapeutul utilizează o voce cu intensitate scăzută care devine repede asemenea unui susur monoton, familiar şi sceurizant; accentele puse pe unele ev inie declanşează diverse lanţuri asociative inconştiente, orientând subtil clientul în cirecţia dorită de terapeut; cuvintele pronunţate doar pe expiraţie dau repede senzaţia _nei legănări relaxante... Mişcându-ne capul când vorbim putem da vocii diverse localizări spaţiu sau grade de intensitate - cu efecte subtile asupra disocierii conştient-inconştient.

5.2. Truismele

Truismele sunt, probabil, cele mai simple sugestii. Ele conţin enunţuri referitoare la comportamente atât de frecvent trăite de fiecare din noi, încât cu greu ar putea fi negate. Enunţarea lor induce o stare de acceptare. în plus, datorită potenţialului ideodinamic al cuvintelor, truismele cresc probabilitatea ca pacientul să se angajeze în manifestarea comportamentelor respective.

Exemplu:

„... tu deja. ştii cum să trăieşti senzaţii plăcute, precum senzaţia de căldură, provocată de razele soarelui în contact cu pielea corpului tău... ".

Truismele au şi alte funcţii în afara inducerii unei stări de acceptare. Astfel, ele pot 3ctiva o serie de asociaţii ideomolorii sau ideosenzoriale pe care pacientul Ie-a interiorizat. Acest fapt stimulează comportamentul automat, inconştient:

fiecare dintre noi are experienţa aplecării capului pentru a răspunde «da» sau a clătinării lui pentru «nu»... chiar fără să ne dăm seama de aceste mişcări..." (Erickson, Rossi, 1976, p. 21);. . . . pe măsură ce ne simţim obosiţi, ochii încep să clipească încet şi se închid fără ca noi să ne dăm seama... ".

Procesele ideomotorii şi ideosenzoriale stau la baza multor fenomene intra-hipnotice ji ele pot fi uşor măsurate cu ajutorul unor dispozitive adecvate. Tehnicile dc biofeedback utilizează tocmai astfel dc răspunsuri amplificate de un instrumentar electronic performant.

Truismele pot evoca şi utiliza o scrie de automatisme mentale, asociaţii şi experienţe dobândite de-a lungul întregii vieţi:

. . . . ştii deja că atunci când dormi, inconştientul tău poale visa'";

. . . . poţi uita uşor aceste vise când te trezeşti din somn... " (Erickson & Rossi, 1976, p- 21).

Truismele activează mecanismele bazaie ale sugestiei hipnotice; adevărurile simple pe care le conţin evocă asociaţiile condiţionate într-o manieră foarte vie, intensă. In acest context, Erickson afirmă : „Sugestia este procesul evocării şi utilizării resurselor potenţiale şi a experienţei de viaţă, care sunt deja prezente în subiect, dar, probabil, în afara capacităţii sale obişnuite de control. Sugestia terapeutică ajută pacienţii să dobândească accesul la propriile asociaţii şi abilităţi de rezolvare a propriilor lor probleme" (Erickson & Rossi, 1976, p. 22).

Truismele pot structura într-un anumit fel timpul, facilitând pacientului racordarea la propriul ritm. Astfel, în Ioc să spunem pacientului:

„Durerea ta a dispărui"

(formulare prea directă care poate activa rezistenţe), putem spune:

De cele mai multe ori, terapeutul utilizează o voce cu intensitate scăzută care devine repede asemenea unui susur monoton, familiar şi securizam; accentele puse pe unele cuvinte declanşează diverse lanţuri asociative inconştiente, orientând subtil cfientul în direcţia dorită de terapeut; cuvintele pronunţate doar pe expiraţie dau repede senzaţia unei legănări relaxante... Mişcându-ne capul când vorbim putem da vocii diverse localizări în spaţiu sau grade de intensitate - cu efecte subtile asupra disocierii conştient-inconştient.

3.2. Truismele

Truismele sunt, probabil, cele mai simple sugestii. Ele conţin enunţuri referitoare la comportamente atât de frecvent trăite de fiecare din noi, încât cu greu ar putea fi negate. Enunţarea lor induce o staTc de acceptare. In plus, datorită potenţialului ideodinamic al cuvintelor, truismele cresc probabilitatea ca pacientul să se angajeze în manifestarea comportamentelor respective.

Exemplu:

....tu deja ştii cum să trăieşti senzaţii plăcute, precum senzaţia de căldură, provocată de
rozele soarelui în contact cu pielea corpului tău...

Truismele au şi alte funcţii în afara inducerii unei stări de acceptare. Astfel, ele pot activa o serie de asociaţii ideomotorii sau ideosenzoriale pe care pacientul le-a interiorizat. Acest fapt stimulează comportamentul automat, inconştient:

„... fiecare dintre noi are experienţa aplecării capului pentru a răspunde «da» sau a clătinării lui pentru «nu».,, chiar fără să ne dăm seama de. aceste mişcări... " (Erickson, Rossi, 1976, p. 21); „...pe măsură ce ne simţim obosiţi, ochii încep să clipească încet şi se închid fără ca noi să ne dăm seama... ".

Procesele ideomotorii şt ideosenzoriale stau la baza multor fenomene intra-hipnotice şi ele pot fi uşor măsurate cu ajutorul unor dispozitive adecvate. Tehnicile de biofeedback utilizează tocmai astfel de răspunsuri amplificate de un instrumentar electronic performant.

Truismele pot evoca şi utiliza o serie de aulomatisme mentale, asociaţii şi experienţe dobândite de-a lungul întregii vieţi:

„... ştii deja că atunci când dormi, inconştientul tău poate visa ";
.... poţi uita uşor aceste vise când te trezeşti din somn..." (Erickson & Rossi, 1976, p. 21).

Truismele activează mecanismele bazale ale sugestiei hipnotice; adevărurile simple pe care le conţin evocă asociaţiile condiţionate într-o manieră foarlc vie, intensă. In acest context, Erickson afirmă: „Sugestia este procesul evocării şi utilizării resurselor potenţiale şi a experienţei de viaţă, care sunt deja prezente în subiecl, dar, probabil, în afara capacităţii sale obişnuite de control. Sugestia terapeutică ajută pacienţii să dobândească accesul la propriile asociaţii şi abilităţi de rezolvare a propriilor lor

probleme" (Erickson & Rossi, 1976, p. 22).

Truismele pot structura într-un anumit fel timpul, facilitând pacientului racordarea la propriul ritm. Astfel, în loc să spunem pacientului:

„Durerea ta a dispărut"

(formulare prea directă care poate activa rezistenţe), putem spune :

„Durerea ta (sau orice altă problemă) va dispărea imediat ce corpul tău va fi pregătit pentru aceasta

Aceeaşi structură au şi sugestiile:

„... mai degrabă sau mai târziu, mâna ta se va ridica încet (ochii se vor închide etc;)"; „... aceasta se va întâmpla imediat ce veifi pregătit. Vei permite inconştientului tău să-şi ia răgazul de care are nevoie pentru aceasta ".

Truismele pot fi utilizate şi pentru facilitarea regresiei de vârstă :

când aifost în clasa I, învăţarea literelor şi numerelor părea săfie o sarcină greu de rezolvat... Să recunoşti litera A, să deosebeştipe M de N, pe Q de O era foarte, foarte greu...".

3.3. Implicaţia

Implicaţia (sau presupoziţia) este una din formele limbajului indirect, frecvent utilizată de M. Erickson. Pentru acesta, implicaţia psihologică este o modalitate psihologică eficientă de a orienta, într-o manieră subtilă, procesele asociative într-o direcţie predicii - bilă, depăşind limitele conştiente ale pacientului. Deseori, implicaţiile sunt construite într-o manieră condiţională: *„dacă..., atunci...":*

„Dacă te vei aşeza comod în fotoliu, atunci vei intra mai uşor în transă... ".

De obicei, propoziţia condiţională introduce condiţii acceptabile şi atât de uşor de realizat, încât induce subiectului o atitudine de acceptare faţă de afirmaţia introdusă de propoziţia următoare. Prin acest procedeu, terapeutul se referă la ceea ce sugerează ca la un fapt deja realizat sau uşor realizabil:

„... când vei dori, vei putea închide ochii..." (implicaţia - persoana va dori);
„ Când vei trăi senzaţii de care nu erai conştient mai înainte (presupoziţia - vei trăi senzaţii noi)... contactul corpului cu fotoliul... poziţia mâinilor... vei şti că inconştientul tău este pe cale să organizeze resursele tale pentru a face ca munca noastră săfie eficientă... " (presupoziţia - inconştientul tău va lucra pentru tine fără să-ţi dai scama).

Cuvintele sunt stimuli care activează asociaţii; ele sunt la originea răspunsurilor ideodinamice, autonome. In orice implicaţie, terapeutul furnizează stimuli, direcţii, iar pacientul construieşte într-o manieră inconştientă, nemediată raţional, răspunsuri. în exemplele anterioare introduse prin *„când*...", terapeutul se referă la faptele sugerate ca la comportamente „normale" (în contextul relaţiei terapeutice), pacientul având (doar) libertatea de a alege momentul manifestării lor. Iată alte exemple din această categorie prin care terapeutul exprimă implicit o presupoziţie optimistă:

„... când vei rezolva problema... ", „când îi vei regăsi liniştea... ".

Utilizând negaţii paradoxale, terapeutul se plasează într-o poziţie inferioară, provocând astfel inconştientul pacientului să ia iniţiative:

„... nu ştiu dacă astăzi vei intra într-o transă hipnotică direct sau progresiv" (presupoziţia - vei intra în transă);

„... nu ştiu cum anume inconştientul tău va descoperi soluţia şi nici în ce moment... " (presupoziţia - vei avea o soluţie).

Alteori, implicaţiile pot fi exprimate cu ajutorul unor clemente paraverbalc. în exemplul următor pauza joacă un rol important:

„Este evident că nu ai intrat în transă... deocamdată".

Prima propoziţie conţine un truism şi, prin urmare, o afirmaţie uşor de acceptat, în timp ce cuvântul „deocamdată", pronunţat după o scurtă pauză, contrazice afirmaţia interioară şi exprimă implicaţia că transa poate începe din momentul pronunţării cuvântului.

3.4. Sugestiile deschise

Erickson oferea pacientului numeroase posibilităţi de răspuns, din care pacientul sau, mai exact, inconştientul acestuia putea alege ceea ce era cel mai potrivit pentru el. Procedând astfel, Erickson realiza următoarele trei obiective:

- elimina orice posibilitate de insucces, din moment ce toate răspunsurile la sugestii erau definite ca fenomene hipnotice admisibile ;
- explora capacitatea de răspuns a subiectului de a furniza comportamente care puteau fi utilizate în scopuri terapeutice;
- menţinea subiectul ancorat în situaţia hipnotică, din moment ce orice manifestare a subiectului era definită ca fiind de tip hipnotic.

Iată un exemplu de astfel de sugestie care, în linii mari, urmează structura unei sugestii prezentate de Erickson în lucrarea sa *Hypnotic Realities* (Erickson & Rossi, 1976, p. 77):

„Acum, când intri în această cameră, tu aduci cu tine deopotrivă mintea ta conştientă şi cea inconştientă... De aceea tiu mă interesează faptul dacă mă asculţi sau nu cu mintea ta conştientă, deoarece oricum ea nu-ţi înţelege problema, altfel nu te-ai afla aici, ... prin urmare doresc să vorbesc inconştientului tău care este aici, suficient de aproape pentru a mă auzi. •. Pop lăsa deci mintea ta conştientă să asculte zgomotul străzii, zgomotele camerei în care te afli sau din camerele alăturate... Sau pop să meditezi asupra oricărui gând care îţi trece prin mintea ta conştientă, gânduri mai mult sau mai puţin coerente, deoarece tot ceea ce doresc este să vorbesc inconştientului tău, şi el mă va asculta, deoarece poate să mă audă chiar dacă în acest timp mintea ta conştientă se va plictisi... şi ştii că plictiseala conduce la dezinteres, lipsă de concentrare a atenţiei sau, chiar, somn...".

Observăm uşor cum orice manifestare a minţii conştiente este definită ca răspuns hipnotic valid şi faptul că sugestia prezentată cuprinde o serie de forme ale limbajului indirect ericksonian: truisme, disocieri, implicaţii, duble legături şi, în final, o modalitate de depotenţializare a conştiinţei cu ajutorul plictiselii.

Deseori, sugestiile deschise sugerează într-o manieră generală

existenţa resurselor necesare rezolvării problemelor, lăsând pacientului libertatea de a le identifica în propriul său fel:

„Noi avem multe capacităţi de care nu suntem conştienţi şi nu ştim, în mod obişnuit, cum se vor exprima... spiritul tău poate trece în revistă mai multe senzaţii, amintiri şi gânduri în legătură cu această problemă... dar nu vei şti... ***încă*** *ce anume va fi util pentru rezolvarea*

problemei cu care te confrunţi. Te poţi surprinde parcurgând trecutul, prezentul şi viitorul, în timp ce inconştientul tău alege modurile cele mai potrivite pentru a se ocupa de această problemă ".

3.5. Sugestiile care acoperă toate posibilităţile unei clase de răspuns

Foarte apropiate de sugestiile deschise sunt cele care acoperă toate posibilităţile unei clase de răspuns. In timp ce primele consideră orice răspuns ca fiind un răspuns hipnotic valid, cele din a doua categorie restrâng răspunsurile valide Ia o singură clasă din care clientul poate alege. Astfel, terapeutul are posibilitatea de a orienta comportamentul clientului într-o anumită direcţie.

în timpul inducţiei utilizez frecvent sugestii de tipul:

„... sunt persoane care trăiesc starea de relaxare ca o senzaţie de greutate, sau de plutire ţi amorţeală uşoară, în timp ce altele ca o senzaţie plăcută de căldură care difuzează treptat, treptat în întregul corp... ".

Ilustrativă pentru acest tip de sugestie este cea utilizată frecvent de către M. Erickson pentru inducerea levitaţiei braţului:

„... S-ar putea ca în una din mâinile tale să simţi o uşoară senzaţie diferită, deosebită, sau poate în cealaltă mână... Poate într-unui din degetele mâinilor tale... şi poate este vorba de o schimbare atât de imperceptibilă încât abia o simţi... sau poate simţi cum palma unei mâini ridică mâna... şi poate nici nu-ţi dai seama ce este pe cale să se întâmple... şi este posibil şi ca una din mâini, sau poate cealaltă, să se ridice... sau se poate şi ca ambele mâini să rămână liniştite pe locul în care se află... sau ca una din mâini să devină mai uşoară...".

Terapeutul urmăreşte atent reacţiile subiectului şi verbalizează un număr mare de reacţii posibile (mişcarea unei mâini, a celeilalte, a degetelor, a palmelor...) inclusiv cea în care nu se mişcă nici un braţ. Dacă mişcarea apare în altă parte a corpului o putem verbaliza şi o putem integra în demersul nostru :

„... observă cât de repede mişcarea picioarelor (a pleoapelor, a capului etc.) stimulează apariţia tendinţei de mişcare în zona braţelor, degetelor, palmelor... ".

3.6. Sugestiile compuse

Sugestia compusă cea mai simplă este alcătuită din două propoziţii unite între ele printr-o conjuncţie. Un bun hipnoterapeut relafioncază lucruri, comportamente, senzaţii aparent fără nici o legătură între ele, propunând astfel pacientului, într-o manieră subtilă, o nouă grilă de lectură a contextului în care se află. De cele mai multe ori, sugestiile compuse stabilesc legături cauzale sau echivalenţe complexe între manifestări externe, uşor de verificat, şi manifestări interne, doar presupuse de terapeut,

dar mai uşor de acceptat de către subiect în virtutea setului aprobativ determinat de prima parte a sugestiei.

. . . . Eu continuu să-ţi vorbesc şi devii din ce în ce mai conştient de anumite lucruri care se petrec în interiorul tău... "

în acest exemplu, conjuncţia *şi* are valoarea lui *deci,* inducând astfel o relaţie cauzală între faptele la care se referă cele două propoziţii. Din aceeaşi categorie fac parte şi sugestiile următoare:

„Eşti aşezat aici... şi un puternic sentiment de confort te cuprinde...

„Auzi zgomotele din jurul tău si descoperi câtă linişte este in interiorul tău...".

Exemplul următor conţine o echivalentă complexă:

.....îţi vei da. seama că ritmul respiraţiei tale se modifică în timp ce te concentrezi asupra

a ceea ce se întâmplă in interiorul tău...".

In acest exemplu, expresia *„în timp ce"* înseamnă *„aceasta dovedeşte ca"* şt face din modificarea respiraţiei (comportament observabil) un indicator al concentrării asupra universului interior (comportament ipotetic).

Alte sugestii compuse, deşi nu vehiculează relaţii cauzale sau echivalenţe complexe, utilizează acelaşi principiu general: alătură fapte verificabile, greu de contestat, care au rolul inoculării unei atitudini de acceptare, de fapte ipotetice, plauzibile - adevăratele ţinte ale sugestiei.

Exemplu:

*„... acum că ai deschis ochii (1) şi-fi. doi seama că **totul** este bine (2), poţi la fel de bine s«-/ închizi acum (3)".*

Propoziţia (1) (adevăr incontestabil) favorizează acceptarea celorlalte două propoziţii (2, 3).

3.7. Sugestiile implicate

Ceea ce diferenţiază sugestiile implicate de cele compuse este faptul că primele fac apel la noţiunea de „semnalizare". M. Erickson consideră că sugestiile implicate au trei părţi:

1. o introducere care se referă la timp (este vorba de cadrul temporal în care se

aşteaptă răspunsul sugerat);

2. sugestia implicată;
3. răspunsul comportamental care semnalizează că sugestia implicată a fost îndeplinită.

Exemplu:

„De îndată ce (I) inconştientul tău va ajunge la sursa problemei (2), degetul tău se poale mişca uşor (3)".

E. Rossi utilizează frecvent Ia sfârşitul şedinţelor de hipnoză o sugestie implicată cu următoarea forma:

„... De îndată ce inconştientul tău va şti (J), el se va reîntoarce în această stare în mod confortabil şi uşor pentru a lucra constructiv, împreună (2), şi vei descoperi că te trezeşti cu plăcute senzafii de

împrospătare şi capacitate de efort (3)".

Prima propoziţie facilitează o disociere conştient-inconştient, a doua sugerează reintrarea în transă într-o manieră molivantă, şi a treia indică răspunsul comportamental care semnalizează ca sugestia anterioară a fost realizată.

Sugestiile implicate facilitează declanşarea unui proces de învăţare internă, inconştientă, învăţare confirmată printi-un *feedback* comportamental elaborat inconştient dar con- ştientizabil. Acest fapt apropie sugestia implicată de tehnicile *biofeedback-ului.*

3.8. întrebări care focalizează atenţia, sugerează Şi întăresc răspunsurile hipnotice

Din această categorie fac parte întrebările care încurajează pacientul să răspundă la un nivel experienţial mai degrabă decât la un nivel verbal. Mai mult decât întrebările retorice, aceste întrebări focalizează pacientul asupra unor aspecte particulare ale experienţei sale care sunt amplificate prin felul în care este adresată întrebarea :

„ Poţi să-fi aminteşti cât de plăcut şi relaxant este să stai întins, cuprins de căldura plăcută a soarelui ?

De cele mai multe ori, in viaţa de zi cu zi, când suntem întrebaţi ceva ne gândim că cel care ne întreabă ştie că avem deja anumite răspunsuri, că am trăit anumite experienţe care ar putea sta la baza răspunsurilor noastre. Şi în hipnoză întrebările vehiculează aceeaşi presupoziţie.

Unele întrebări frecvent adresate în timpul inducţiei sau pe durata transei vizează unele abilităţi. De cele mai multe ori, aceste întrebări au un potenţial motivam care îşi are originea în experienţele anterioare când am reacţionat cu succes la provocările lansate sub forma unor întrebări. Totuşi, acest tip de întrebări trebuie utilizate cu prudenţă pentru a nu activa sentimente de culpabilitale şi insucces (mai ales în cazul în care întrebările vizează realizarea unor comportamente mai dificile).

în inod frecvent, întrebările declanşează o căutare la nivel inconştient, care poate continua chiar şi după ce ara furnizat un răspuns la nivel conştient. De câte ori nu s-a întâmplat să reuşim să ne amintim o informaţie solicitată de cineva mult timp după ce am declarat că nu putem să ne-o reamintim! De câte ori nu ni se întâmplă să dăm răspunsuri în legătură cu care avem îndoieli şi, abia mai târziu, spontan, să avem un *insight* care să ne furnizeze un răspuns cert!

Multe întrebări utilizate de hipnolerapeuţi conţin sugestii indirecte, implicaţii, presupoziţii etc.

De pildă, întrebarea:

„Care mână este mai uşoară ? ",

deşi simplă, are o structură şi efecte complexe: *focalizează* atenţia asupra mâinilor, *sugerează indirect* că una va fi mai uşoară şi că ar putea levita, conţine o *sugestie implicată,* deoarece necesită un context hipnotic pentru a răspunde adecvat...

Una dintre cele mai folosite forme de sugestie este întrebarea care fixează şi focalizează atenţia, ajutând subiecţii să acceseze propria matrice asociativă pentru a descoperi răspunsuri utile care pot fi structurate în noi *pattern-uii* comportamentale.

Iată câteva astfel de întrebări (Erickson & Rossi, 1976, p. 194) :

- *Cefei de transă ai dori să trăieşti ?*
- *Cât timp îţi va trebui pentru a intra în transă ?*
- *Cum vei şti că ai început să intri în transă ?*

- *Acum, chiar crezi că eşti pe deplin treaz, in starea obişnuită de veghe ?*
- *Cât de repede se va adânci transa ?*
- *Ce ai dori să trăieşti în această transă pe măsură ce ea continuă să se adâncească ? Sau doreşti să trăieşti aceste manifestări ale transei ca surprize ?* ***etc.***

3.9. Presărarea

Această tehnică permite sublinierea unor cuvinte sau grupuri de cuvinte, marcarea lor într-o manieră analogică (prin mijloace paraverbalc şi nonverbale) cu scopul introducerii într-o frază a unei sugestii sau idei importante. Există mai multe modalităţi de „presărare" a sugestiilor, respectiv, de marcare a unor slimuli verbali semnificativi:

- **modificarea vocii (tonului sau volumului) în momentul pronunţării cuvântului/ cuvintelor pe care dorim să le marcăm:**

  „dacă preferi te poţi instala confortabil... ".

- **introducerea unei pauze înainte şi după cuvântul sau expresia semnificativă pe care dorim să o subliniem. Cuvântul care urmează după o pauză este mai bine recepţionat, deoarece creează aşteptări:**

  „... *eşti bine instalat şi poli... să-ţi imaginezi... un loc care îţi place foarte mult ".*

- **dacă persoana are ochii deschişi, este posibil fie să-1 privim în ochi pronunţând cuvântul (sau expresia) pe care dorim să o subliniem (să o „presarăm"), fie să ne modificăm poziţia ori să realizăm un gest.**

3.10. Jocurile de cuvinte

Utilizarea umorului ca mijloc de resemnifîcare poate fi o modalitate deosebit de utilă pentru angajarea pacientului într-un proces de schimbare, concomitent cu dezvoltarea unei relaţii terapeutice empatice. Jocurile de cuvinte valorifică ceea ce fac, deopotrivă, clientul şi terapeutul:

„... *eşti pe cale să-ţi imaginezi construirea propriei case şi utilizezi materiale foarte diverse... lemn, vicii şi virtuţi...".*

3.11. Limbajul negativ

Este posibil să utilizăm negaţii pentru a obţine reacţii pozitive ! A spune cuiva:

„Nu eşti obligat să închizi ochii"

este, fără îndoială, un mijloc de a-1 provoca să închidă ochii, deoarece închiderea ochilor (comportamentul invers celui menţionat) este o modalitate de manifestare a libertăţii sale. A-t oferi unui pacient rezistent posibilitatea de a reacţiona invers decât i se cere este cea mai bună modalitate de a stabili o bună relaţie cu acesta.

Limbajul ericksonian conţine foarte multe forme de exprimare negativă care conduc pacientul, într-o manieră subtilă, la activarea structurilor comportamentale bazale, autonome, inconştiente. Menţionăm două dintre acestea:

„A nu face, a nu şti".

Atunci când solicităm pacienţilor să se relaxeze şi *„să lase lucrurile să se petreacă de la sine"* le spunem că, de fapt, nu trebuie să facă nimic. în viaţa de zi cu zi, totdeauna *trebuie* să facem ceva: să vorbim, sa scriem, să citim, să mergem etc. Invitaţia de a nu face nimic pune subiectul într-o situaţie neobişnuită pentru că nu putem să nu facem ceva! Din moment ce nu există non-comportament (P. Watzlawick), noi suntem condamnaţi ca totdeauna să facem ceva. Invitaţia de a nu face nimic poate stopa comportamentul voluntar, intenţionat, permiţând manifestarea comportamentelor involuntare, autonome.

„Nu este nevoie să vorbeşti, să te mişti sau să faci nici cel mai mic efort... Nu este nevoie nici chiar să fii ochii deschişi...". {Dacă ochii sunt ţinuţi deschişi voluntar, atunci această sugestie permite manifestarea involuntară, autonomă de închidere a ochilor!)

La fel, noi nu putem să nu ne gândim la ceva! Când cineva spune că nu se gândeşte la nimic, doreşte să spună, mai degrabă, că nu şi-a propus să se gândească în mod voluntar la ceva! în astfel de situaţii, fluxul gândurilor, imaginilor, senzaţiilor are o evoluţie autonomă. Când oamenii sunt relaxaţi şi-şi orientează atenţia spre interiorul lor descoperă surprinşi că asociaţiile, senzaţiile, ideile, mişcările, mecanismele mentale se dezvoltă după „dorinţa" lor, exprimând, de fapt, anumite structuri mentale inconştiente. Sugestiile hipnotice îşi ating obiectivul doar în măsura în care influenţează într-o manieră semnificativă acest flux autonom într-o direcţie sau alta.

Sunt multe lucruri pe care în mod conştient nu le ştim : *„Oamenii pot dormifără să*
ştie că sunt adormiţi... ", *„Oamenii pot visa şi nu-şi amintesc ce au visat"* (Erickson & Rossi, 1976, p. 24). Aceste sugestii realizează o disociere conştient-inconştient deoarece conţin implicaţia că o altă parte din noi (nu cea conştientă) se ocupă de toate acestea.

în viaţa cotidiană, obişnuită, trăim continuu sub presiunea nevoii de *a Şti.* De aceea, câtă relaxare, ce eliberare să trăim o stare în care nu este nevoie să ştim! Majoritatea subiecţilor pot trăi transa ca pe o stare de libertate în raport cu solicitările lumii exterioare; ei nu trebuie să ştie nimic sau să facă ceva, deoarece inconştientul lor se ocupă de toate. Această stare poate fi accentuată prin sugestii corespunzătoare:

„Nu este nevoie să asculţi, inconştientul tău va răspunde in maniera sa proprie...
„Nu simfi nevoia sâ ştii când apar anumite manifestări, fapte... inconştientul tău se va ocupa de loaie acestea...".

Unui pacient agitat:

„... Nu ştii exact când vei simţi nevoia de a te mişca din nou...";

„Nu ai nevoie să ştii unde se află mâinile tale acum...

„...Aş dori să înveţi că indiferent ce gândesc celelalte persoane, credinţele tale, credinţele tale inconştiente, cunoaşterile tale inconştiente, doar ele contează...'';

„în cursul vieţii, din copilărie până în prezent, ai acumulat cunoştinţe, dar nu ai putut ţine toate aceste cunoştinţe în prim-planul mintii tale..." (Erickson & Rossi, 1976, p. 198).

Pierderea unor abilităţi. Erickson sugera frecvent subiecţilor aflaţi în transă pierderea unor abilităţi elementare. Aceste sugestii sunt în acord cu natura profundă a transei ca stare modificată a conştiinţei şi cu principiul expus anterior - *„a* nufa.ee" *:*

„Sunt curios să observ momentul in care nu vei mai putea sâ-ţî (ii ochii deschişi"; „ Poţi să-(i pierzi capacitatea de a-ţi ridica bra/ul drept de pe coapsa piciorului"; Şi veifi surprins când nu vei mai putea sta in picioare

3.12. Juxtapunerea elementelor opuse

Acest procedeu este frecvent utilizat pentru inducerea confuziei dar şi pentru activarea altor mecanisme psihologice care facilitează sensibilitatea hipnotică. Este vorba despre tendinţa spre echilibru a unor sisteme opuse; în domeniul psihologic, unde nu există repere absolute, fiecare element se defineşte prin raportarea la opusul său. Deseori utilizez cu pacienţii mei următoarea metaforă:

„ Un copil îşi întreabă tatăl:
- Tată, unde se află dreapta ?, iar tatăl îi răspunde :
- Pentru a şti unde se află dreapta, trebuie săfixăm mai întâi unde se află stânga, pentru că nu există dreapta fără stânga... (şi continuă)... şi nici sus fără jos, nici bucurie fără tristeţe, nici deal fără vale, nici noapte fără zi... "•

Milton Erickson sugerează că nu există memorare fără uitare şi că acestea sunt în echilibru fără ea pacientul să facă nici un efort pentru aceasta. Tată o sugestie care exprimă acest fapt sub forma unei duble legături:

Pofi să ui[i să-fi aminteşti, sau poli. să-Ii aminteşti să uiţi... ".

Alte sugestii alătură elemente opuse precum: senzaţie de plutire/greutate, rece/cald, relaxare /tensiune:

„Pe măsură ce mâna se ridică, pleoapele devin din ce în ce mai grele " ;
„Pe măsură ce. mâna devine mai caldă, fruntea devine din ce în ce mai rece "ctc.

3.13. Seriile aprobative

Seriile aprobative se sprijină pe enunţarea unor truisme sau pe reformularea mesajelor transmise de către pacient cu scopul inducerii unei stări de acceptare. Scopul este acela de a propune interlocutorului o serie de întrebări Ia care nu poate răspunde decât cu *„da"* :

auzi zgomotele din jur. auzi cuvintele mele, stai aşezat pe fotoliu... ".

Răspunsurile afirmative repetate pot activa o atitudine generală de

acceptare care va facilita transmiterea unor mesaje pozitive. De pildă, după enumerarea unor realităţi greu de negai de către subiect, terapeutul poate adăuga o idee pozitivă, dătătoare de speranţe cu privire ia problema pacientului sau cu privire la ceea ce acesta urmează să facă:

„... eşti aşezat in acest fotoliu, picioarele stau liniştite pe duşumea, ... mi-ai vorbii deja
despre problemele tale... şi ştii deja că. ceea ce numeşti sensibilitate este defapt o resursă... ".

3.14. **Lectura gândurilor**

Utilizând „lectura gândurilor" terapeutul vorbeşte ca şi cum ar şti exact ce gândeşte pacientul. Atribuind pacientului anumite idei, în general pozitive, sau în acord cu ceea ce terapeutul simte că se petrece cu acesta, ele au o mai mare probabilitate de a fi acceptate:

.....eşti pe cale să-ţi imaginezi un foc în şemineu şi iţi acorzi plăcerea de a-l privi în timp
ce începi să visezi; ■■■te întrebi ce anume va urma...".

In aceste exemple, cuvintele subliniate sunt „lecturi aJe gândurilor". Pentru a utiliza eficient acest procedeu, terapeutul trebuie să cunoască foarte bine pacientul, altfel utilizarea lui ar putea avea efecte contrare.

3.15. **Nominalizările**

Atunci când utilizăm verbe suntem nevoiţi, de cele mai multe ori, să precizăm sensul acestora cu ajutorul complementelor. De pildă, daca spun *„... ţi-aminteşti..., speri...",* ar trebui sâ continui să verbalizez ce anume îşi aminteşte sau speră pacientul... în acest fel, sugestia ar putea fi prea detaliată şi riscul ca ea să exprime altceva decât ce gândeşte sau simte pacientul, prea mare. Dar dacă transform verbele în substantive, pot crea doar un cadTu care va fi completat cu experienţa unică a pacientului:

„... amintiri... speranţe... prind contur din ce in ce mai clar...".

Terapeutul poate utiliza cuvinte generale care vor deveni semnale pentru activarea propriilor experienţe de către pacienţi:

„... visurile tale... resursele tale... ai trăit numeroase situalii agreabile... experienţa ta de viaţă... gândurile tale... ".

3.16. Confuzia

Obiectivul limbajului confuz este acela de a deconecta partea conştientă şi'de a satura capacităţile logice ale emisferei stângi pentru a facilita utilizarea resurselor emisferei drepte. Pentru atingerea acestui scop, putem construi fraze în care sintaxa este pur şi simplu ignorată, fapt ce conduce !a mesaje incomprehensibile alcătuite din cuvinte obişnuite, sau putem schimba brusc subiectul ori să realizăm jocuri de cuvinte:

.....te afli aici în prezent, în prezenţa inconştientului tău care îţi oferă un prezent..,";
.....Ştiifoarte bine cum să-fi legi şireturile la pantofi... dar, dacă te-aş ruga acum să-mi
spui exact ordinea mişcărilor pe care le faci... nu vei şti! ".

Această ultimă sugestie reprezintă o provocare pentru partea logică (emisfera stângă), conştientă a spiritului pacientului care, cu cât va încerca să găsească răspunsul la întrebare, cu atât va deveni mai pennisiv la sugestiile care se adresează inconştientului. De altfel, M. Erickson, după cuvintele deja menţionate (1981, p. 66), continuă:

> ***. . . .*** *Nu ştiu care este orientarea, corpului tău necesară dezvoltării transei... iţi voi privi corpul pentru a vedea diferitele răspunsuri ale corpului tău... Nu-i nici o grabă... ".*

3.17. Surpriza

M. Erickson utiliza în mod frecvent surpriza pentru a destabiliza structurile asociative obişnuite ale pacienţilor şt a stimula, astfel, creativitatea acestora.

Sugestiile directe în care răspunsul comportamental aşteptat era clar specificat pot activa intenţia conştientă a pacientului de a încerca să facă voluntar ceea ce i .se cere. Dar dacă i se spune doar:

.....aşteaptă surpriza care urmează...",

atunci inducem o stare de aşteptare a ceva nedefinit, timp în care anumite procese inconştiente sunt activate treptat pentru producerea unor răspunsuri cu adevărat autonome.

Cuvântul *„surpriză"* poate actualiza experienţe plăcute de tip infantii şi poate facilita intrarea într-un anume Joc" care măreşte probabilitatea funcţionării comportamentale autonome. Astfel, cuvântul *„surpriză"* este „pentru mulţi oameni un indicator condiţionat de abandonare a controlului şi de dezvoltare a curiozităţii în legătură cu un lucru plăcut ce urmează să se întâmple" (Erickson & Rossi, 1981, p. 142).

îţi voi ridica braţul în aer... Ce se va întâmpla după asta... va/î de natură să te surprindă...";

„... eşti destul de conştien t de toate lucrurile pe care le poţiface, dar cea mai surprinzătoare experienţă pe care o pop avea este aceea de a descoperi că nu poţi sta în picioare; a...c...u...ni." (idem, p. 143)

Metafora şi limbajul paradoxal sunt alte forme eficiente ale limbajului ericksonian.
Ele sunt analizate în paragrafe separate.

CAPITOLUL V

Inducerea transei hipnotice

1. Consideraţii generale

Oamenii intră în transă, în mod spontan, destul de frecvent. Capacitatea de a trăi transe în viaţa de zi cu zi are un rol adaptativ extraordinar. De foarte multe ori dau pacienţilor mei exemple de astfel de transe cotidiene. Când vedem un spectacol bun sau când citim o carte, trăim, deseori, transe profunde : din spectatori devenim actori, ne lăsăm absorbiţi de acţiunea spectacolului sau a cărţii, ne bucurăm sau ne întristăm alături de personajele îndrăgite, uităm cum trece timpul, uităm unde ne aflăm, uităm de propriul corp si, abia într-un târziu, constatăm că braţul sau piciorul, uitate într-o poziţie incomodă, au amorţii... Fără capacitatea de a intra în transă când vedem un spectacol, când citim o carte sau când lucrăm la ceva care ne pasionează, viaţa noastră ar arăta cu totul altfel!

în ciuda capacităţii de a intra spontan în transă, inducerea transei de către o altă persoană nu este totdeauna o întreprindere uşoară. în afara capacităţii de a utiliza un limbaj anume, absolut necesară pentru inducerea unei transe, relaţia inductor-indus presupune o anume dinamică ce antrenează procese şi probleme complexe precum: controlul, puterea, responsabilitatea.

Sintagma „inducerea transei" presupune ca „inductorul" (clinician, terapeut) să facă ceva anume pacientului care are un rol pasiv; el este „indus", „introdus" în transă. Totuşi, situaţia reală este oarecum diferită. Deşi diversele teorii din domeniul hipnozei diferă între ele, în ceea ce priveşte gradul de activism al pacientului în realizarea transei, nici una nu vede persoana care urmează să fie hipnotizată ca pe un receptacol pasiv al sugestiilor clinicianului. De cele mai multe ori, pacientul este un partener cu care clinicianul trebuie să interacţioneze astfel încât să poată atinge anumite obiective, stabilite într-o manieră colaborativa. De aceea, am putea spune că terapeutul este mai degrabă un ghid care orientează pacientul într-o realitate psihologică pe care o numim transă şi pe care acesta o creează în bună măsură singur. Colaborarea pacientului *este o condiţie necesară* pentru inducerea transei hipnotice.

Inducerea transei are mai multe obiective (Erickson & Rossi, 1976, p. 302):

- reducerea câmpului de concentrare a atenţiei, care se va orienta preponderent asupra unor realităţi interne; se construieşte astfel un „pod" între starea normală, de veghe, a conştiinţei şi transă;
- facilitarea modificării structurilor obişnuite de orientare şi control ale subiectului; acest, obiectiv este atins îndeosebi prin accentuarea disocierii *•• ’ •*• " • " ' • • ;";-'i'iv t!”"i

şi prin saturarea instanţelor conştiente cu prelucrarea logică a stimulilor utilizaţi în inducţie, concomitent cu stimularea utilizării resurselor inconştiente ;

- **facilitarea receptivităţii pacientului în raport cu propriile asociaţii interioare şi abilităţi mentale care pot fi integrate în răspunsuri terapeutice.**

Inducţia hipnotică este, în calitate de stimul al transei hipnotice, expresia tipului de relaţie care se stabileşte între terapeut şi pacient. Am putea spune că există tot atâtea inducţii câţi terapeuţi... Prin urmare, o prezentare exhaustivă a tehnicilor de inducţie nu este nici posibilă şi nici utilă. Prezentarea noastră îşi propune să creeze, prin descrierea câtorva dintre cele mai utilizate tehnici, un cadru pe care opţiunile şi creativitatea terapeutului îl pot completa funcţie de cadrul teoretic la care acesta aderă, de experienţa lui, precum şi în acord cu caracteristicile pacientului, cu obiectivele terapeutice urmărite etc.

Am împărţit tehnicile de inducţie în tehnici tradiţionale de inducţie şi tehnici non- -formale, naturale, de inducţie. Pentru diminuarea distanţei psihologice dintre terapeut şi pacient recomand, după cum se va vedea şi în scenariile de inducţie prezentate, ca în timpul inducţiei să se utilizeze de către terapeut apelativul la singular, atunci când acesta se adresează pacientului.

2. Tehnici tradiţionale de inducţie

Atributul „tradiţional" din sintagma de mai sus are pentru mine cel puţin două semnificaţii: una temporală, în sensul că tehnicile reunite sub această etichetă sunt tehnici care se practică de foarte mult timp, unele dintre ele chiar înainte ca termenul de hipnoză să fi fost inventat; a doua are în vedere caracterul directiv şi ritualizat al inducţiei; multe dintre detaliile tehnice ale unor astfel de inducţii valorifică o serie de credinţe mitice în legătură cu hipnoza şi hipnotizatorii (pase magnetice, fascinaţia privirii etc).

Majoritatea tehnicilor din această categorie sunt relativ bine structurate şi conţin fraze şi concepte-cheie ale căror cunoaştere şi utilizare sunt considerate necesare dacă se doreşte o eficienţă maximă a inducţiei. Practicarea acestor tehnici necesită totuşi dezvoltarea şi practicarea unui limbaj adecvat, capabil să individualizeze inducţia pentru a o pune in acord cu caracteristicile pacientului.

2.1. **Tehnici de relaxare musculară progresivă**

Aceste metode se bazează, îndeosebi, pe focalizarea succesivă a atenţiei pacientului asupra principalelor grupe musculare, concomitent cu administrarea unor sugestii de relaxare. Pacientul este aşezat într-o poziţie confortabilă, într-un fotoliu sau pe un pat, şi este invitat, într-o manieră indirectă sau permisjvă, să închidă ochii:

„ Cei mai mulţi oameni se relaxează foarte bine cu ochii închişi"; „Poţi închide ochii pentru a te relaxa mai bine...".

Funcţie de timpul alocat inducţiei şi de experienţa pacientului în obţinerea relaxării putem fi mai mult sau mai puţin analitici în trecerea în revistă a grupelor musculare

asupra cărora dirijăm atenţia pacientului. Iată un exemplu de text care poate fi utilizat pentru obţinerea relaxării:

„... Să începem prin a te relaxa cât mai mult posibil în condiţiile în care te afli. Permite braţelor şi picioarelor tale să-şi găsească o poziţie cât mai confortabilă. Poţi închide ochii şi să-ţi laşi mintea să se relaxeze, astfel încât să nu te gândeşti la ceva în mod deosebit... concentrează-te în primul rând asupra vocii mele. Poţi auzi fundalul muzical (dacă este cazul). Vel constata, în curând, că zgomotele obişnuite ale. biroului sau din afara lui te deranjează din ce în ce mai puiin... până când ele nu-ţi vor mai atrage atentfa deloc. Gândurile se pot abate uneori de la linia ideilor pe care. le verbalizez eu, dar ele vor reveni repede înapoi... Nu trebuie să faci eforturi conştiente de a realiza sau rezista la ceea ce-\i spun, ascultă-mă mai degrabă pasiv. Vei constata în curând că mintea ta inconştientă va accepta recomandările mele, care. au ca principal scoţ> acela de a te face să te simţi din ce în ce mai confortabil... Aş dori acum să te concentrezi doar asupra degetelor şi mâinilor, ca şi cum restul corpului nu ar exista. Doresc să devii din ce în ce mai conştient de senzaţiile care se dezvoltă în degetele şi mâinile tale. Utilizându-li capacitatea de concentrare, vei putea observa curând o senzaţie plăcută şi relaxantă care va apărea mai întâi, probabil, în vârful degetelor şi, treptat, treptat, se va difuza în toate degetele şi în ambele mâini... Această senzaţie variază de la individ la individ, dar ea apare cu certitudine de fiecare dată... Unii descriu senzaţia ca şi cum mâinile lor ar fi adormite şi cuprinse de furnicături, sau ca şi cum ar fi cuprinse de o amorţeală plăcută. Alţii observă o senzaţie plăcută de greutate sau chiar de plutire; dar, indiferent de tipul de senzaţie, ea se produce de fiecare dată şi începe să apară, fără îndoială, în mâinile şi degetele tale începând din acest moment. Concentrează-te asupra vârfului degetelor şi vei descoperi senzaţia liniştitoare, relaxantă şi plăcută care apare...

Utilizâtidu-fi propria capacitate de concentrare eşti pe cale să te relaxezi din ce în ce mai mult, să devii chiar mai relaxat decât eşti acum şi, în curând, vei deveni atât de relaxat şi somnoros ca şi cum ai fi pe cale să tragi un pui de somn obişnuit într-una din după-amiezile tale, Continuă să te relaxezi- • - Concentrează-te asupra aceleiaşi senzaţii de eliberare şi reUixare care iţi cuprinde articulaţiile mâinilor şi braţele tale, iradiind plăcut din zona degetelor şi palmelor. .. Acum braţele tale devin plăcut... foarte plăcut relaxate... la fel ca şi degetele şi mâinile tale. tn curând vei observa o senzaţie plăcută de somnolenţă în întregul corp. Concentrează-te asupra acestei plăcute senzaţii de relaxare şi observă cum difuzează în zona antebraţelor şi coaielor. Din vârful degetelor până la coate, ambele braţe sunt cuprinse de senzaţia plăcută de relaxare şi eliberare. Observă cum senzaţia de relaxare îţi cuprinde treptat întregul braţ până în zona umerilor. Fiecare muşchi devine din ce în ce mai relaxat. Este o senzaţie de relaxare foarte plăcută, deosebit de liniştitoare şi odihnitoare. Devii din ce în ce mai somnoros. .. tot mai somnoros şi, în curând, vei intra într-un somn în care vei putea să-mi auzi vocea foarte clar, dar, din punct de vedere mental şi fizic, vei fi complet şi confortabil relaxat... ".

Se poate continua, repetând sugestiile necesare extinderii relaxării în zona gâtului, capului, a pieptului şi abdomenului, a coapselor, picioarelor etc.

în cazul în care se observă o anume rezistenţa, sugestiile vor trece de la o formă directa la forme din ce în ce mai permisive:

„... descoperă cât de mult poţi aprofunda starea de relaxare în care te afli..., te poţi relaxa cât de mult doreşti... "•

Dacă tehnica este practicată de mai multe ori, pacientul se va relaxa din ce în ce

mai repede, doar simpla denumire a părţilor corpului antrenând instalarea senzaţiei de relaxare.

O variantă a acestei tehnici presupune numărarea în ordine inversă, asociind numerelor pronunţate o anumită grupă musculară care se relaxează:

.... 10... braţele se relaxează... 9... senzaţia de relaxare îţi cuprinde treptat, treptat umerii... " ctc.

în urma unui proces de condiţionare realizat în câteva şedinţe, pacientul se va relaxa doar ascultând pronunţarea numerelor cu o voce analogică...

O a treia variantă a acestei tehnici ne aduce aminte de tehnica relaxării musculare progresive a lui Jacobson. Utilizând această variantă, procedăm conform scenariului deja prezentat, cu deosebire că pacientul este instruit să încordeze în mod voluntar grupele musculare vizate înainte de a le relaxa. Concret, pacientului i se spune, de pildă, să încordeze pentru 10 secunde muşchii braţului înainte de a-i relaxa. Pentru a stimula relaxarea muşchilor feţei, spun deseori pacienţilor mei ca mai întâi să facă o grimasă de zâmbet prelungit..., apoi să observe senzaţiile plăcute de căldură şi relaxare care le cuprind muşchii feţei.

Această variantă este utilă îndeosebi cu pacienţii care au dificultăţi în obţinerea relaxării.

Tehnicile de relaxare musculară progresivă sunt uşor de folosit şi conduc la rezultate remarcabile. Totuşi, nu trebuie să uităm că, atunci când alegem o tehnică de inducţie, trebuie să ţinem cont mai degrabă de problemele şi personalitatea pacientului decât de preferinţele noastre. De pildă, o persoană care acuză o durere continuă într-o anume parte a corpului cu greu va putea intra în transă cu ajutorul acestei tehnici.

2.2. Tehnici de imagerie dirijată

Utilizând această tehnică, obiectivul central a) inductorului este acela de a provoca un proces de absorbţie a pacientului prin concentrarea acestuia asupra unui scenariu imaginativ interior. De cele mai multe ori, i se sugerează pacientului să se plaseze imaginar într-un loc anume în care se simte foarte bine, relaxat, securizat şi încrezător în sine însuşi. Pentru a facilita asimilarea acestei realităţi psihologice şi trăirea ei intensă, terapeutul va utiliza descrieri detaliate care fac apel la cât mai multe canale senzoriale : vizual, auditiv, kinestezic etc. Cuvintele utilizate vor activa experienţe personale care se vor combina liber urmând o „logică" a transei care conduce pacienml la o stare de echilibru, relaxare şi împăcare cu sine. Oamenii trăiesc deseori astfel de experienţe când citesc o carte sau vizionează un film şi, deşi păstrează într-un anume grad conştiinţa că au în mână o carte sau privesc un ecran, intră în transă şi trăiesc intens scenele descrise.

Practicând această tehnică, trebuie să fim permanent conştienţi de un anume risc - cu cât furnizăm pacientului mai multe detalii, cu atât există riscul ca descrierile noastre să nu intre în acord cu experienţele dorite, trăite de pacient. Am amintit acest risc când am vorbit despre sugestiile referitoare la conţinut. Imaginile filmate furnizează mult mai multe detalii decât descrierile întâlnite într-o carte. De câte ori nu am fost dezamăgiţi de ecranizarea unui roman de succes, deoarece viziunea regizorului a fost diferită de „filmul interior" propriu provocat de citirea cărţii. Imaginile filmate, tocmai pentru că transportă o mare cantitate de informaţii, lasă o mai mică libertate de proiecţie privitorului.

Pentru a reduce riscul menţionat putem apela la următoarele tehnici:

- *întrebăm clientul direct* dacă are un „loc secret imaginar" unde se retrage ori de câte ori doreşte să se relaxeze, să-şi reîmprospăteze forţele, să uite de tot ceea ce este în jur. După o scurtă descriere a acestui loc, terapeutul poate începe inducţia şi dezvolta aspectele deja menţionate de pacient;
- terapeutul *alege singur subiectul imageriei,* locul în care va fi plasat imaginar pacientul. Această alternativa prezintă deja. într-un mai mare grad, riscul menţionai,

deoarece ceea ce poate fi o experienţă plăcută pentru terapeut ar putea să nu fie la fel şi pentru pacient. De aceea se recomandă să întrebăm pacientul:

„Aifost vreodată la... (mare, munte...) ? Cum te-ai simţit acolo ?".

Personal, solicit deseori pacienţilor mei să-mi povestească despre vacantele lor cele mai plăcute. Astfel, evităm riscul de a conduce pacientul „în orb" într-un loc în care care nu ştim sigur dacă-i face sau nu plăcere să se afle. Imaginaţi-vă ce ar însemna să-i descrii cuiva, care face uşor insolaţii, senzaţiile „plăcute" trăite pe plaja mării, cuprins de razele fierbinţi ale soarelui etc;

- a treia posibilitate este aceea de *a evita menţionarea specifică* a locului, subiect al imageriei, şi de a utiliza îndeosebi sugestii procesuale care creează mai degrabă un cadru şi lasă suficientă libertate pacientului de a-şi proiecta propriile experienţe.

în continuare, vom prezenta câteva fragmente din astfel de scenarii de imagerie dirijată:

.....ai trăit, probabil, experienţa de a te afla undeva pe plaja mărit şi de a o privi in toată
splendoarea frumuseţii şl Imensităţii ei... si poţi vedea acum cu ochii minţii marea... puternică şi misterioasă, acoperind pământul până departe Ia orizont... şi poţi vedea, mai clar sau mai difuz, î» depărtare, vapoarele care plutesc spre destinaţii necunoscute, care te fac să te gândeşti la călătorii pe care le-ai făcut sau ai visat că le vei putea face cândva... Şi poţi vedea valurile care mângâie ritmic nisipul plajei, auzi zgomotul ritmic şl odihnitor al acestora... simţi briza uşoară râcorindu- ţi fruntea şi te simţi din ce în ce mai relaxat şi mai in acord cu tine însuţi şi cu tot ceea ce te înconjoară... ".

Descriind un astfel de loc, terapeutul va utiliza cât mai multe detalii senzoriale, va face apel la informaţiile culese de la pacient în cursul interviului preliminar şi va utiliza o voce de tip analogic, care să *fie* în acord cu senzaţiile trăite de acesta şi cu ritmul respiraţiei lui. (Nu putem să-i vorbim cuiva despre senzaţiile relaxante trăite pe plaja mării în ritm de rock!)

Următorul exemplu conţine îndeosebi sugestii procesuale si mai puţin sugestii referitoare Ia conţinut:

„Imaginează-ţi că te afli într-un loc foarte plăcut, unde totul este aşa cum ar fi dacă ai putea să comanzi acest loc special pentru tine însuţi... Şi, petrecându-ţi puţin timp acolo, treptat, tensiunea de peste zi sciule şi te simţi din ce în ce mai confortabil...

Imaginează-ţi acolo toate, detaliile, reveriei tale: ce ai putea vedea cu ochii interiori, ce ai putea să auzi cu urechile interioare: cum se simte corpul tău făcând tot ceea ce face el în imaginaţia ta. Dacă eşti întins pe o plajă tropicală, simţi soarele cald, simţi nisipul, simţi mişcarea cu care corpul tău se cuibăreşte într-o poziţie confortabilă în nisip... Dacă înoţi în această lagună tropicală, simţi mişcările cu care corpul tău alunecă prin apă, simţi apa răcoroasă care alunecă peste corpul tău. Află cum se simte corpul tău!...

Ar putea exista lucruri în reveria ta de care ai. vrea să te apropii, să le atingi, să le guşti. Ar putea fi miresme asociate. Află cum sunt culorile, dacă este rece sau cald, dacă mai este cineva acolo... toate detaliile care adaugă culoare, bogăţie şi bucurie reveriei tale..,

Şi, în timp ce faci toate acestea, inconştientul tău te va conduce către nivelul de hipnoză cel mai confortabil pentru tine, pentru a obţine ceea ce urmează să obţii astăzi" (Hunier, 1988).

In lucrarea sa *Trancework,* M.D. Yapko (1990) oferă şi el un bun exemplu de scenariu care conţine doar sugestii procesuale :

„Şi, pe măsură ce continui să stai confortabil în acest fotoliu, cu ochii închişi, îţi poţi lăsa mintea să se întoarcă spre amintirea unui anume loc, poate un loc special, în care te-ai simţit

foarte bine... deosebit de confortabil şi de liniştit, fericit... sau poate un loc pe care ai dori să-l creezi special şi în care să descoperi cât de liniştit şi împăcat cu tine însuţi le poţi simţi... şi îţi permiţi să mergi în acest loc chiar acum, in plan imaginar... te simţi acolo, trăind senzaţiile, emoţiile, sentimentele pe care ai dori să ie trăieşti acolo... şi poţi auzi sunetele acestui loc relaxant liniştindu-te... şi poţi vedea cu ochii minţii imaginile acestui loc, observând cât de plăcut este acest loc pentru line... şi te simţi foarte bine acolo ".

Practicând scenarii de imagerie mintală, este foarte important să observăm *feedback-ul* nonverbal al pacientului care ne poate orienta spre descrieri cât mai apropiate de ceea ce simte el cu adevărat.

2.3. Tehnici de fixare a unor stimuli externi

Majoritatea tehnicilor de inducţie hipnotică au la bază un proces activ, conştient, de focalizare a atenţiei asupra unui stimul. Se produce astfel o îngustare a câmpului conştiinţei, o saturare a acesteia prin prelucrarea stimulilor focalizaţi, fapt care favorizează accesul la o funcţionare psihocoinportamentală autonomă, inconştientă.

Stimulii asupra cărora se focalizează atenţia pacientului pot fi stimuli interni: imagini, senzaţii, muşchii propriului corp etc., sau stimuli externi: punctul situat între ochii terapeutului, degetul terapeutului, un obiect oarecare aflat în biroul în care se desfăşoară terapia, un punct din tavan etc, sau alţi stimuli motori precum pendulul, metronomul etc.

Pe măsură ce pacientul fixează stimulul, sugestiile administrate îl orientează sâ observe cele mai mici detalii ale obiectului fixat, precum şi instalarea progresivă a senzaţiei de oboseală şi relaxare. Terapeutul trebuie să fie aşezat într-o poziţie care să-i permită o bună observare a pacientului (ori în spatele obiectului fixat, ori lateral în raport cu pacientul), astfel încât să-şi poată sincroniza sugestiile cu reacţiile pacientului. Majoritatea reacţiilor pacientului (clipitul pleoapelor, abaterea privirii de la obiectul fixat, lăcrimarea - care determină o imagine din ce în ce mai difuză, închiderea ochilor) au la bază mecanisme fiziologice. Daca terapeutul se sincronizează bine cu manifestările subiectului, atunci el va verbaliza unele comportamente cu foarte puţin timp înainte ca ele să se producă:

„în curând ochii vor clipi din ce în ce mai des...! **",**

transformând sugestiile sale în predicţii ce se împlinesc şi inducând astfel subiectului credinţa că se comportă deja ca o persoană hipnotizată.

Scenariile de inducţie construite după acest principiu sunt, de obicei, puternic ritualizate şi valorifică multe dintre miturile hipnozei (mitul energetic, forţa ochilor magnetici, pasele magnetice etc). Partea introductivă a unor astfel de scenarii îşi propune să crească motivaţia pacientului, îi oferă modele de comportament

(deseori comparaţii cu senzaţiile pe care le avem când suntem pe cale de a adormi sau cu somnambulismul) şi-i stimulează anumite aşteptări şi atitudini. Deşi încep prin instrucţiuni relativ neutre, treptat, treptat, frazele terapeutului îşi propun să creeze o relaţie asimetrică, o atitudine de conformare, indusă deseori prin sugestii directe cu accente imperative:

„în curând nu vei mai putea rezista...!';
„Nu vei putea să mai deschizi ochii ***etc.".***

închiderea ochilor este considerată, în cadrul inducţiei tradiţionale, ca fiind un indicator al intrării subiectului în transă. Tot ce urmează după acest moment are ca scop aprofundarea transei.

Iată un astfel de scenariu (A. Weitzenhoffer, 1957, pp. 206-207):

„ Vreau să priveşti în sus, la un punct de pe tavan şi să-fi fixezi ochii asupra lui. IM orice punct. Poţi alege unul la care poţi privi confortabil. Nu te îngrijora dacă ochii tăi se abat de la acel punct sau clipesc. Este în regulă. Dacă se întâmplă asta, revino cu privirea la punctul ales şi priveşte-t cât de fix poţi. Nu fi încordat. Relaxează-te şi ascultă cu atenţie vocea mea, ascultă ceea ce îţi spun. Vreau să te relaxezi... Cândeşte-te la relaxare. îţi simţi corpul relaxat... Procedând astfel, vei descoperi că trupul tău se relaxează treptat... Te vei relaxa din ce în ce mai mult. In timp ce-ţf menţii privirea la punctul aflat deasupra capului şi îmi asculţi vocea, vei simţi cum corpul în întregime devine relaxat. Picioarele tale devin obosite, gambele devin relaxate, braţele şi mâinile tale devin relaxate, întregul tău corp se relaxează, iar acum vei simţi cum devii moleşit, somnolent. Somnolenţa ta creşte din ce în ce mai mult. Ascultă vocea mea... ea face ca tu să te simţi moleşit, adormit... Simţi o greutate venind peste trupul tău. Corpul tău devine greu, foarte g-r-e-u. Mâinile tale devin g-r-e-l-e. Braţele tale devin g-r-e-le. Mâinile şi braţele tale suni grele. Picioarele tale devin g-r-e-l-e. Gambele tale devin g-r-e-l-e. Corpul tău, în întregime, devine g-r-e-u, f-o-a-r-t-e g-r-e-u. Eşti m-o-l-e-ş-i-t,... s-o-m-n-o-r-o-s. O senzaţie de căldură somnolentă, plăcută te cuprinde. In curând vei adormi...

profund adânc... O căldură plăcută îţi cuprinde întregul corp, ca atunci când adormi...

Ochii tăi devin grei. Devii adormit. Ochii tăi devin fol mai grei şi mai g-r-e-i, atât de grei, iar tu te simţi atât de a-d-o-r-m-l-t... Gândeşte-te la somn, la nimic altceva decât Ut somn... Eşti pe cale să adormi foarte curând... Vocea mea te face somnolent... te face să doreşti să dormi... Ochii tăi sunt grei. se închid. Nu poţi menţine ochii deschişi. Ei se închid. Peste un moment vei descoperi că este imposibil să-i mai ţii deschişi şi că ei clipesc... Ochii vor clipi din ce în ce mai mult şi, în scurt timp, se vor închide, deoarece devin tot mai grei şi vei simţi că este din ce în ce mai greu să-i menţii deschişi". [Cel mai bine este să dai aceste sugestii chiar atunci când ochii subiectului clipesc. Unii subiecţi sunt capabili să menţină o privire fixă, neezitantă, fără să clipească, iar sugestiile de mai sus ii fac adesea să clipească. Dar dacă nu clipesc, este mai bine să nu insistăm, deoarece, de fapt, nu este un lucru esenţial.] „Eşti acum f-o-a-r-t-e a-d-o-r-m-i-t... Ochii tăi sunt a-t-â-t d-e g-r-e-i, încât nu-i poţi menţine deschişi. Ochii se închid tot mai mult, din ce în ce mai mult..." [Dacă subiectul im are ochii închişi în acest moment, spune-i cu o voce fermă:] „Bine, acum închide ochii şi continuă să asculţi atent ceea ce îţi spun". [Apoi continuă astfel:] „Ochii tăi sunt acum închişi şi urmează să adornu profund..." [Adesea, un subiect care a reacţionat greu la sugestiile pentru închiderea ochilor poate, cu toate acestea, să intre în stare hipnotica după includerea ochilor la comandă. De asemenea, unii indivizi trec într-o stare hipnotică relativ profundă Ioane devreme, dar menţin ochii deschişi şi, pentru anumite motive, nu răspund bine la sugestiile de închidere a ochiior.

Oricare ar II situaţia, continuă cu:], ochii sunt acum închişi şi urmează să intri într-un somn. profund ... un somn tot maip-r-o-f-u-n-d ...un sonui din ce în ce mai adânc ... Vei fi atent numai la vocea mea. Nu te vei trezi până nu îţi voi cere eu asta. Nimic nu te va deranja. De acum înainte, de câte ori îţi voi sugera să dormi sau îp voi spune cuvântul «somn», vei intra imediat într-un somn profund. Acum eşti pe cale să adormi profund ... f-o-a-r-t-e p-r-o-f-u-n-d". [Aceste ultime sugestii sunt importante şi vor fi date subiectului imediat după închiderea ochilor. Ele vor fi

repetate ulterior de câteva ori. Iţi vor da un control mai bun asupra subiectului decât ai avea prin alte mijloace.]

Majoritatea scărilor de evaluare a hipnotizabilitâţii prezintă, îa partea iniţială, inducerea transei prin utilizarea tehnicii fixării ochilor. Cititorul poate consulta în anexe Scala de hipnotizabilitate colectivă a lui Shor şi Orne (1962) cu comentariile lui J. Godin.

Forme mai permisive ale tehnicii fixării ochiJor sunt prezentate de M. Hunter (1988):

„Aşazâ-te inir-o poziţie confortabilă. Este foarte bine aşa. Reţine că poţi în orice moment să te mişti sau să-ţi modifici poziţia pentru a te simţi mai confortabil. Asigurâ-te că spatele şi capul sunt sprijinire şi că te simţi bine.

Acum lasă-ţi ochii să găsească un loc plăcut şi care poate fi privit confortabil şifixează-ji privirea acolo, oriunde s-ar găsi locul respectiv, pentru un timp.

Treptat, ai putea simţi că ochii tăi devin puţin mai grei şi parcă ar fi plăcui să-i laşi închişi pentru o scurtă vreme. Află cum s-ar simţi dacă i~ai lăsa închişi pentru câteva secunde, şi apoi deschide-i din nou... apoi închide-i, deschide-i încă o dată, închide-i... foarte bine. Poţi să observi că există un tremur mic şi uşor în pleoapele taie. Aceasta ar putea fi pentru tine un semn că începi să intri într-un spaţiu încântător al minţii tale, unde timpul îşi pierde semnificaţia şi poţi percepe atât de multe lucruri într-un mod diferit..." (M. Hunter, 1988. p. 3).

In continuare este prezentat un alt scenariu de inducţie prin fixare, utilizat de M. Hunter.

„Aşaz.ă-te într-o poziţie foarte confortabilă. Este foarte bine aşa. Reţine că poţi în orice moment să te mişti sau să-ţi modifici poziţia pentru a te simţi mai confortabil. Asigurâ-te că spatele şi capul sunt sprijinite şi câ te simţi bine. "

reasigurarea subiectului asupra faptului câ ci are controlul

confortul fizic este important

„Acum lasă-[i ochii să găsească un loc plăcut şi care poate fi privit confortabil şi Jixează-ţi acolo privirea, oriunde ar fi, pentru un timp."

„Treptat, ai putea simţi că ochii tăi devin puţin mai grei şi parcă ar fi plăcut să-i laşi închişi pentru o scurtă vreme. Află cum s-ar simţi dacă i-ai lăsa închişi pentru câteva secunde şi apoi deschide-i din nou... apoi închide-i, deschide-i încă o dată, închide-i, ... foarte bine. Poţi să observi că există un tremur mic şi uşor in pleoapele tale. Aceasta ar putea fi un semn pentru tine că începi să intri într-un spaţiu încântător al minţii tale unde timpul îşi pierde semnificaţia sa şi poţi percepe atât de multe lucruri, într~un mod diferit." „Imaginează-ţi că le afli într-un loc foarte drăguţ, unde totul este aşa cum ar fi dacă ai putea să comanzi totul special pentru tine însuţi. Şi, petreeîndu-ţi puţin timp acolo, treptat încordarea scade şi te simţi mai confortabil." „Imaginează-ţi acolo toate detaliile reveriei tale: ce ai putea să vezi cu ochii interiori, ce ai putea să auzi cu urechile interioare, cum se simte corpul tău, făcând tot ce face. el în imaginaţia ta. Dacă eşti întins pe o plajă tropicală, simţi soarele cald, simţi nisipul, simţi mişcarea cu care corpul tău se cuibăreşte într-o poziţie confortabilă în nisip. Dacă înoţi în laguna aceasta tropicală, simţi mişcările cu care corpul tău alunecă prin apă, simţi apa răcoroasă care alunecă peste corpul tău. Află cum se simte corpul tău. "

sugestia intimidează mai puţin decât formula prin care se sugerează direct închiderea ochilor

pauza, în special cu subiecţii neexp erimentaţi

daca priveşti ochii cu atenţie. ai să-i vezi lucind chiar înainte de tremurul pleoapelor, un moment potrivit să spui asta

personalizează

orice subiect are experienţa încordării

„interior" diferenţiază de „exterior"

invocarea tuturor simţurilor: auditiv, vizual, kinestezic, tactil, olfactiv, gustativ, termic

implică în mod confortabil că noi avem cu toţii reverii şi .situaţia aceasta este similară pentru toţi

„Ar putea exista lucruri în reveria ta de care ai vrea să te apropii, să le atingi, să le guşti. Arputea fi miresme asociate. Află cum sunt culorile, dacă este rece sau cald, dacă mai este cineva acolo, ... toate detaliile care adaugă culoare, bogăţie si bucurie reveriei noastre."

„ Şi, în vreme ce tu faci asta, subconştientul tău va fi condus
către nivelul de hipnoză cel mai confortabil pentru tine, oricare orice ai face TU (subiectul) este
ar fi cel mai bun pentru tine, pentru a obţine ceea ce. urmează în regulă
să obţii astăzi."

2.4. Tehnica levitatiei braţului

[9] [9]

M.H. Erickson a fost primul terapeut care a descris această metodă. însă scenariul pe care îl vom prezenta aparţine lui Wolberg (1948), cel care a făcut una dintre cele mai bune prezentări ale acestei tehnici *(cf.* Weitzcnhoffcr, 1957, pp. 234-237).

în acest caz, inducţia hipnozei se realizează prin stimularea unui răspuns ideomotor spontan, frecvent descris de către hipnoza tradiţională. Oamenii apreciază starea celorlalţi func(ie de comportamentele observate, dar utilizează şi în raport cu ei înşişi acelaşi procedeu. De aceea, levitaţia spontană a braţului este o manifestare neobişnuită, surprinzătoare nu numai pentru un observator extern, dar şi pentru subiectul însuşi, care dezvoltă, astfel, credinţa că se manifestă ca o persoană hipnotizată. Dacă intenţionez să utilizez această metodă cu un pacient, atunci îi amintesc acestuia, în interviul preliminar, de mişcările involuntare ale braţelor noastre care însoţesc comunicarea verbală sau care au ca scop aranjarea părului capului, precum şi expresia „a pluti de bucurie, de fericire" (pentru a evidenţia că senzaţia de „plutire" este o senzaţie care exprimă trăiri mai profunde, complexe). Iată scenariul levitaţiei braţului prezentat de Wolberg:

„Aş dori să te aşezi confortabil şi să te relaxezi. Stând astfel, lasă amlH'le braţe cu palmele orientate în jos, pe coapsele tale. Urmăreşte cu privirea braţele şi asigură-te că le poli observa cu atenţie.

Tot ceea ce trebuie să faci este să stai pe scaun (fotoliu)... şi să te relaxezi. Apoi, vei observa că, pe măsură ce te relaxezi, se vor întâmj)la anumite lucruri. Acestea apar de fiecare dată când te relaxezi, dar până acum nu le-ai observai cu prea mare atenţie. Eu îţi voi orienta doar atenţia asupra lor, pe măsură ce apar. Aş dori să te concentrezi asupra tuturor senzaţiilor şi emofiilor ce apar în mâinile tale, indiferent care sunt acestea. Poate simţi o senzaţie de greutate ori o presiune a braţelor ce stau pe coapsele tale... Poate simţiţesătura pantalonilor/rochiei care dezvoltă şi ea opresiune asupra palmelor; ori poate căldura braţelor ce stau pe coapsele tale. Poate simţi uşoare furnicături... Nu contează ce senzaţii apar, important este să le observi. Priveşte-ţi braţul şi vei observa cât de liniştit este în poziţia în care se află... Există uşoare mişcări totuşi în braţ, dar încă nu sunt observabile. Doresc să-(i priveşti braţul. Atenţia ta se poate abate de la braţ, dar ea va reveni de fiecare dată asupra braţului... şi-ţi priveşti cu atenţie mâna şi eşti curios în legătură cu mişcarea care apare în mâna

ta şi care se va manifesta".

Terapeutul va comenta orice mişcare care apare în braj, degete... fapt ce va intensifica această mişcare. Terapeutul poate, de asemenea, comenta şi orice altă reacţie obiectivă a pacientului, precum mişcarea picioarelor sau respiraţia profundă...

„Ar putea fi interesant să observi care dintre degete se va mişca primul, ar putea fi degetul mijlociu, arătătorul sau inelarul... ori poate degetul mic sau cel mare... Unul dintre degete va începe să tresară sau să se mişte... Nu ştii exact când şi la care mână... Priveşte cu atenţie şi vei începe să observi o uşoară mişcare, poate în mâna dreaptă... Pe măsură ce apare mişcarea,

vei observa un lucru interesant. Foarte încet, spaţiul dintre degete se măreşte, degetele vor începe încet să se mişte separat şi vei observa că distanţa dintre degete devine din ce în ce mai mare... Ele se vor mişca fiecare, încet, încet... Vei vedea degetele răsfirându-se fiecare din ce în ce mai mult, din ce în ce mai mult...

... Şi, pe măsură ce degetele se depărtează unele de altele, vei observa, că în curând ele vor avea tendinţa să se arcuiască deasupra coapselor, ca şi cum ar dori să plutească, să plutească din ce în ce mai sus..."

Dacă unul din degete se ridică:

„Observă cum degetul se ridică... şi, pe măsură ce el se ridică, şi celelalte degete au tendinţa de a-l urma, ridicându-se uşor, uşor...

... Şi, pe măsură ce degetele se ridică, devii din ce in ce mal conştient de senzaţia de uşurare din braţul tău, de senzaţia de plutire, astfel încât degetele se vor arcui şi întreaga mână se va ridica şi va pluti uşor, ca un fulg, ca şi cum un balon o trage plăcut în sus, făcând-o să plutească... Şi, pe măsură ce priveşti mâna ta ridicându-se, vei observa că braţul începe să se ridice şi să plutească din ce în ce mai sus, mai sus, ...mai sus,...

... Priveşte mâna şi braţul şi, pe măsură ce ele se ridică, devii foarte repede conştient de cât de somnoroşi şi obosiţi devin ochii tăi. Şi, pe măsură ce braţul se ridică, vei deveni din ce în ce mai somnoros, mai somnoros... Ochii devin din ce în ce mai obosiţi şi pleoapele doresc să se închidă... Şi, pe măsură ce braţul se ridică din ce în ce mai sus, vei dori să te simţi din ce în ce mai relaxat şi somnoros şi vei dori să te bucuri de sentimentul de relaxare liniştitoare pe. care ţi-l dă închiderea ochilor şi. intrarea în starea de somn...

...Braţulse ridică din ce în ce mai mult şi devii din ce în ce mai somnoros... Pleoapele tale devin din ce mai grele, respiraţia... din ce în ce mai rară, profundă şi regulată. Respiri profund... inspiri... expiri... Şi, pe măsură ce îţi priveşti mâna şi braţul şi te simţi din ce în ce mai somnoros şi relaxat..., vei observa că direcţia mâinii se va schimba. Braţul se va îndoi uşor şi mâna se va orienta din ce mai mult spre faţa ta ... din ce în ce. mai sus, mai sus... şi, pe măsură ce ea se ridică, vei intra încet dar sigur într-un somn profund, profund, foarte profund, în care te vei relaxa profund şi te vei simţi foarte bine... Braţul va continua să se ridice din ce în ce mai mult până îţi va atinge faţa şi vei deveni din ce în ce mai somnoros, mai somnoros, dar nu vei intra în somn până ce mâna nu-ţi va atinge faţa- • •

Când mâna îţi va atinge faţa, vei fi adormit, profund, adormit... ".

Astfel, pacientul este condus să-şi aleagă propriul ritm de a intra în somn...

.....Braţul tău îşi schimbă acum direcţia. Se mişcă în sus, din ce în ce mai sus spre faţa
ta... Pleoapele tale devin din ce în ce mai grele... Devii somnoros, din ce în ce mai somnoros, mai somnoros. • • Ochii obosesc.... pleoapele devin din ce în ce mai grele ... şi mâna se orientează spre faţa ta. Devii obosit şi somnoros. Ochii se închid, se închid... Când mâna îţi va atinge faţa, vei fi adormit, profund adormit. Te vei simţi foarte somnoros, din ce în ce mai somnoros, adormit, foarte obosit... Pleoapele sunt ca de plumb şi mâna ia. se mişcă în sus... din ce în ce mai sus spre faţa ta ... şi când îţi va atinge faţa vei fi adormit."

Mâna pacientului atinge tata si ochii i se închid.

„Intri într-un somn profund, dormi, dormi... Şi, pe măsură ce adormi, te simfifoarte obosit şi relaxat. Doresc să te concentrezi asupra relaxării, asupra detensionărli relaxante... Nu te gândeşti la nimic altceva decât la somn somn profund ..... somn profund ..."

2.5. Tfehnica numărării

Tehnica numărării este una dintre cele mai utilizate tehnici tradiţionale

de inducţie datorită simplităţii ei şi ritualului care o însoţeşte. Deşi există mai multe variante ale acestei lehnici, toate respectă câteva principii: pronunţarea fiecărui număr este însoţită de o sugestie de relaxare, somnolenţă şi confort, ritmul numărării este sincronizat cu ritmul instalării stării sugerate. Numărarea realizează un ritual al trecerii timpului din

momentul începerii inducţiei până în momentul instalării transei şt, cum de cele mai multe ori subiectul este anunţat din timp în legătură cu numărul care va fi semnalul instalării transei, aceasta creează aşteptări adecvate care se transformă în prediejii ce se autoîmplinesc.

Iată câteva variante ale acestei metode :

„Voi începe să număr şi te rog să mă urmăreşti cu atenţie. Când voi spune «unu», vei închide ochii şi-i vei fine incluşi până când voi spune «doi». Când voi spune «doi", vei deschide ochii. Apoi, când voi spune «trei», vei închide din nou ochii şi-i vei (ine închişi până spun «patru». Ai înţeles ? (Dacă pacientul pare că nu a înţeles, îi putem face o demonstraţie.) Şi, astfel, vei continua, pe măsură ce număr, să închizi şi să deschizi ochii până când aceştia vor deveni foarte obosifi, Vei descoperi că îfi va fi din ce în ce mai greu să deschizi ochii. Pleoapele vor deveni din ce in ce mai grele şi te vei simţi somnoros şi adormit. La un moment dat, pleoapele tale vor deveni atât de grele încât ochii vor rămâne închişi şi tu vei intra într-un somn profund. Nu vei avea nici o dorinţă să deschizi ochii, vei dori doar să dormipur şi simplu...! ".

După acest instructaj, terapeutul începe să numere, cu o voce monotonă, lăsând o anumită pauză între numere. Mulţi terapeuţi numără până la 10 sau 20, după care pot reîncepe numărătoarea de la 1, cu o frecvenţă de un număr pe secundă. De obicei, numărătoarea mai continuă câteva secunde şi după ce ochii s-au închis (Weitzenhoffer, 1957).

Alţi terapeuţi utilizează numărătoarea în sens descrescător de la 10 sau 20 dorind, prin sensul numărării, să sugereze coborârea spre stările profunde ale transei. Fiecărui număr i se asociază sugestii de relaxare şi confort. După câteva inducţii, va fi suficientă doar numărarea, deoarece se realizează deja o condiţionare. Iată un fragment dintr-un astfel de scenariu (cititorul poate găsi acest procedeu şi în partea de inducţie a Scării de hipnotizabilitate a lui Shor şi Orne prezentată în Anexa 4):

„Peste câteva momente voi începe să număr înapoi de la zece la unu şi, pe măsură ce număr rar înapoi, te vei relaxa treptat cu fiecare număr şi când voi ajunge la numărul unu te vei simţi foarte relaxat şi confortabil... Şi voi începe acum cu numărul zece... relaxează-te confortabil şi... inspiră... expiră... într-un ritm confortabil pentru tine,., şi... nouă, relaxează-te din ce in ce mai mult simţind că sentimentul de relaxare devine din ce în ce mai intens cu fiecare clipă... şi, opt - te simţi din ce in ce mai liniştit...

Alte variante ale acestei tehnici presupune ca pacientul să numere înapoi de la 100 la I în timp ce terapeutul, cu fiecare număr, verbalizează sugestii de relaxare, oboseală plăcută şi somnolenţă. De foarte multe ori, pacienţii pierd şirul numărării şi intră în transă înainte ca să ajungă la cifra unu.

Deseori, în aceste variante, tehnica numărării este combinată cu fixarea unui stimul extern.

Alteori, pacienţii sunt puşi să numere înapoi de la 1000 la 1 din 7 în 7. Efortul provocat de această sarcină favorizează intrarea rapidă în transă, mai ales că el este dublat de decuplarea pacientului de la sîimulii externi.

3. Tehnici de adâncire a transei

Aceste tehnici sunt utilizate îndeosebi în cadrul hipnozei tradiţionale, deoarece modelele terapeutice pe care aceasta le fundamentează pun un accent deosebit pe profunzimea transei.

Toate tehnicile utilizate după terminarea inducţiei formale (care de cele mai multe ori coincide cu închiderea ochilor) au ca scop adâncirea transei. Aceste tehnici reiau o parte din sugestiile utilizate în timpul inducţiei iniţiale sau conţin o scrie de probe de sugestibilitate care îşi propun să accentueze pacientului credinţa că se comportă ca o persoană hipnotizată.

Uneori, doar simpla tăcere a terapeutului poate favoriza adâncirea transei. După terminarea inducţiei, terapeutul îi poate spune pacientului că el va tăcea câteva momente pentru a-i permite să se „bucure de starea plăcută de relaxare a transei şi chiar să o adâncească...". Tăcerea nu trebuie să fie prea lungă, iar terapeutul poate să-şi semnaleze prezenţa sincronizându-şi respiraţia cu cea a pacientului şi alingându-i uşor mâna. Observând limbajul corpului pacientului, terapeutul poate avea un *feedback* corespunzător ; de asemenea, se poale solicita o semnalizare ideomolorie a momentului în care pacientul consideră că a alins un nivel profund al transei.

3.1. Metafora coborârii scărilor sau a liftului care coboară

Evident, aceaslă tehnică utilizează o metaforă în care coborârea treptată, pas cu pas, apropie pacientul, în ritmul său, de starea profundă a transei:

> *„Aş dori acum să-ţi imaginezi că te afli în partea superioară a unei scări care conţine trepte speciale, trepte ale relaxării... si, în timp ce trăieşti starea de relaxare in care te afli, poţi coborîprima treaptă a acestei scări speciale... şi acest prim pas ie relaxează şi mai profund... Şi acum poţi coborî încă un pas, mergând, spre o stare din ce în ce mai profundă... şi mai profundă de relaxare şi de absorbţie în senzaţiile plăcute ale corpului şi spiritului tău... apoi poţi coborî încă o treaptă pentru a coborî încă mai profund în starea de confort şi relaxare... ".*

Inducţia rapidă pentru obţinerea analgeziei hipnotice propusă de J. Barber (1977) şi prezentată în Anexa 1 este o bună ilustrare a acestei tehnici.

3.2. Catalepsia braţului - Scenariu Weitzenhoffcr

Această tehnică este descrisă de A. Weitzenhoffer (1957, pp. 215-216) şi îşi propune adâncirea transei prin provocarea unui răspuns hipnotic evident: imposibilitatea îndoirii braţului după ce s-a sugerat că acesta devine rigid ca o bară de tîer. lată scenariul propus de A. Weitzenhoffer:

„Dormi... adânc... profund... Ochii tăi sunt grei... j'-o-a-r-l-e g-r-e-i... Ei sunt puternic lipiţi, atât de bine lipiţi, încât nu-ipoţi deschide, oricât de mult ai încerca. NU POŢI DESCHIL OCHII. ÎNCEARCĂ !NU-IPOŢI DESCHIDE... încearcă cu putere ... Bine. acum începetează să med încerci. Devii din ce în ce mai profund adormit... tot mai profund. Ridică-ţi mâna [în timp ce spui asta cuprinde-i uşor braţul şi dirijează-! uşor la înălţimea umărului sau deasupra

capului]. *întinde bine mâna. Strânge pumnul • • • Strânge-1 puternic... MAI PUTERNIC! Braţul tău devine rigid, braţul tău în întregime devine RIGID!D UR! CA O BARA DE OŢEL!*
NU POŢI ÎNDOI BRAŢUL, NU-L POŢI MIŞCA. încearcă. NU POŢI... încearcă puternic ... E în regulă acum, poţi mişca braţul. ***[S-ar putea ca unor subiecţi să trebuiască să le dai mai multe contrasugestii decât aceasta.]*** *Coboară-l uşor pe genunchiul tău. In timp ce faci asta te afunzi într-un somn foarte adânc. • • d-i-n c-e î-n c-e m-a-i a-d-â-n-c.* ***[Dacă subiectul coboară lent mâna, poţi adăuga:*** *„Când mâna ta va atinge genunchiul, vei fi într-un somn foarte P-R-O-F-U-N-D... Adormi din ce în ce mai profund, ...din ce în ce mai p-r-o-f-u-n-d".* ***Oricare ar fi situaţia, atunci când mâna subiectului ajunge să se odihnească pe genunchiul lui, continuă astfel:]*** *Eştip-r-o-f-u-n-d adormit acum. D-o-r-m-i!*

P-r-o-f-u-n-d, p-r-o-f-u-n-d adormit!... Corpul tău este acum foarte relaxat. Nu simţi nevoia să te mişti. Tot ce doreşti este să d-o-r-m-i... tot mai p-r-o-f-u-n-d, tot mai a-d-â-n-c...

Eşti de acord să faci orice îţi spun eu să faci. Mă poţi auzi foarte bine. Vei fi capabil să răspunzi întrebărilor mele şi săfaci tot ceea ce îţi cer, dhr vei rămâne profund adormit. Chiar daca îţi voi spune să deschizi ochii, nu te vei trezi până nu îţi voi spune eu săfaci asta. Defiecare dată şi oricând în viitor îţi voi spune să dormi, vei intra imediat într-un somn profund. Imediat ce voi spune cuvântul «somn» sau îţi voi spune să dormi, ochii tăi vor devenifoarte grei, vei devenifoarte somnoros, ochii tăi se vor închide şi vei adormi profund... Aceasta se va întâmpla defiecare dată şi oricând îţi voi spune sâ adormi... pronunţând cuvântul «somn». ***[Dacă doreşti, poţi înlocui aici cu alte semnale sau, preferabil ar fi. sâ le adaugi instrucţiunilor anterioare.]***
Dar acum dormi, ...p-r-o-f-u-n-d, a-d-â-n-c... Voi înceta să-ti mai vorbesc pentru câteva momente, dar tu vei continua să adormi tot mai profund şi să nu laşi ca ceva sâ te deranjeze... Auzi numai sunetul vocii mele. Când am să vorbesc din nou cu line, nu veifi surprins... Acum dormi... p-r-o-f-u-n-d... adânc. **[Nu mai vorbi pentru 5-10 minute, apoi cu o voce foarte scăzută, chiar şoptită, continuă-ti sugestiile, în mod gradat, dar crescând cât se poate de rapid volumul vocii talc]** ***Eşti acum adânc adormit. Poli auzi orice, foarte bine, dar tu vei acorda atenţie numai sunetului vocii mele.*** **[Amintcşte-ţi că ai spus mai devreme că subiectul va auzi doar sunetul vocii tale. Asupra unui subiect foarte sugestibil acest fapt ar avea efectul de a-I face surd la alte sunete, aşa că trebuie sâ fii atent, să îndepărtezi acest efect, atunci când este cazul.]".**

în principiu, majoritatea testelor de sugestibilitate (deja prezentate) pot fi utilizate pentru adâncirea transei, deoarece aceste nu fac altceva decât să evidenţieze o parte din caracteristicile transei hipnotice: funcţionarea autonomă, disocierea etc.

4. Inducţii non-formale, naturale, ale transei

4.1. Caracterizare generală

Inducţiile standardizate, formale ale transei prezentate in paragraful anterior au la bază teoriile care consideră hipnoza ca o stare

modificată, dacă nu chiar artificială, a conştiinţei. Conform acestor teorii, pentru ca cineva să treacă din starea normală, de veghe, în transa hipnotică, el trebuie „indus" de către hipnoterapeut prin utilizai ea unor tehnici adecvate. Aceste inducţii, deşi privesc transa ca efect al unei interacţiuni personale (inductor-indus), pun mai degrabă accentul pe tehnicile utilizate şi mai puţin pe procesele psihologice care se dezvoltă în cursul acestei interacţiuni. Acest fapt este dovedit şi prin ritualizarea. uneori excesivă, a tehnicilor utilizate.

Inducţiile naturale ale transei pornesc de Ia teoriile care subliniază continuitatea între starea de veghe şi transa hipnotică şi care evidenţiază faptul că multe dintre manifestările transei sunt trăite de majoritatea oamenilor în viata de zi cu zi.

Principiul fundamental al inducţiilor non-formale este acela de a *accepta si utiliza* manifestările pacientului. Acest tip de inducţie (pe care îl vom numi de acum înainte *„ericksonian")* este mai degrabă un proces de sincronizare cu pacientul şi, tocmai de aceea, este greu de formalizat, de standardizat. Am putea folosi metafora dansului: nu putem şti dinainte ce paşi vom face când începem să dansăm cu cineva, din moment ce paşii noştri sunt funcţie de paşii partenerei (partenerului). Rolul hipnoterapeutului este acela de a iniţia şi a însoţi pacientul în demersul de construcţie a transei. De altfel, una din cele mai cunoscute cărţi despre M. Erickson se şi numeşte *Vocea mea te va însoţi* (S. Rosen, 1986).

în timp ce hipnoza tradiţională considera că eficienţa unei sugestii hipnotice este asigurată de felul în care aceasta este construită, hipnoza ericksoniană pune accentul nu atât pe tehnică, pe formularea sugestiilor, cât mai ales pe abilitatea terapeutului de a activa anumite lanţuri asociative la pacient şi de a le utiliza în scopuri terapeutice. Procesele asociative, declanşate de către hipnoterapeutul ericksonian, nu pot fi anticipate cu precizie, de aceea transa este o realitate psihologică pe care terapeutul şi pacientul o construiesc în baza unei relaţii colaborative permanente, pacientul fiind cel care furnizează, pe măsura dezvoltării procesului, materialul necesar acestei construcţii.

Referindu-se la rolul pacientului în crearea transei, I. A. Malarewicz spune: „Pacientul este cel care, în mare măsură, se pune în stare de hipnoză, terapeutul nefiind acolo decât pentru a-i procura un cadru specific, pentru a-i da câteva indicaţii şi a-1 însoţi în transa sa hipnotică".

Inducţia ericksoniană se sprijină nu numai pe informaţiile obţinute de terapeut în cursul interviului preliminar, ci şi pe ceea ce acesta observă direct în cursul inducţiei înseşi. Astfel, el se poate adapta constant la reacţiile - mai ales nonverbale - ale pacientului.

Erickson şi Rossi au definit o „microdinaniică" a transei cu scopul de a diferenţia abordarea propusă de ei de celelalte tipuri de inducţie. Deşi, după cum subliniam deja, inducţia ericksoniană cu greu ar putea fi formalizată, am putea totuşi distinge, într-o manieră didactică, următoarele stadii:

- focalizarea atenţiei;
- depotenţializarea conştiinţei;
- stimularea căutării interne;
- activarea unor procese inconştiente ;
- răspunsul hipnotic.

Menţionăm, în continuare, câteva dintre tehnicile pe care Erickson şi Rossi le recomandă pentru realizarea obiectivelor fiecărui stadiu (1976, p. 229):

Focalizarea atenţiei:

- poveşti care motivează, captează interesul, fascinează;
- tehnici de fixare a ochilor;
- imageric mentală;

- levitaţia braţului;
- relaxare şi orice modalitate de stimulare a unor experienţe interne de natură senzorială, perceptivă sau emoţională.

Depotenţializarea conştiinţei:
- şoc, surpriză, slimuli neobişnuiţi;
- modificarea cadrelor de referinţă *(reframing),* anularea îndoielilor, rezistenţelor, insucceselor;
- distragerea;
- disocierea şi dezechilibrarea;
- supraîncărcarea cognitivă;
- confuzia;
- paradoxul;
- legături şi duble legături;
- decondiţionări prin intermediul dinamicii vocii;
- amnezii structurate;
- a nu face, a nu şti;
- pierderea unor abilităţi;
- îndoiala etc.

Căutarea inconştientă:
- aluzii, jocuri de cuvinte ;
- metafore, analogii;
- implicarea;
- directive implicate;
- semnalizare ideomotorie;
- cuvinte care iniţiază un demers explorativ ;
- întrebări şi sarcini care determină o căutare inconştientă ;
- pauze însoţite de o atitudine de aşteptare din partea terapeutului;
- sugestii deschise;
- sugestii care acoperă toate posibilităţile de răspuns ;
- sugestii compuse;
- indicatori intcrcontextuali şi sugestii.

Activarea unor procese inconştiente :
- cumularea:
  - sugestiilor „presărate" ;
  - asociaţiilor individuale;
  - a semnificaţiilor multiple ale cuvintelor;
- procese autonome senzoriale şi perceptive;
- procese primare freudiene;
- mecanisme de apărare freudiene;
- Efectul Zicgarnik etc.

Răspunsul hipnotic:
- exprimarea comportamentelor potenţiale, trăite ca manifestări hipnotice sau petre- cându-se într-o manieră autonomă, de la sine.

O bună parte a tehnicilor menţionate au fost deja prezentate în paragrafele anterioare. Acum. vom descrie doar câteva din principiile şi mijloacele de inducţie ericksoniană care nu au fost prezentate, sau au fost doar amintite sumar.

4.2. **Principii şi mijloace de inducţie ericksoniană**

4.2.1. ***Depotenţializarea conştiinţei***

Tehnicile de depotenţializare a conştiinţei au ca efect principal producerea unei rupturi în procesul de orientare spre realitatea externă. Conştiinţa are o mişcare spontană spre exterior. Când echilibrul psihologic nu inai poate fi păstrat prin prelucrarea stimulilor externi, atunci este declanşată, în mod spontan, o căutare internă, la nivel inconştient, cu scopul restabilirii acestui echilibru. Această depotenţializare apare spontan în viaţa de zi cu zi; „cădem pe gânduri" - de fapt declanşăm o căutare internă - ori de câte ori stimulii externi şi informaţiile disponibile conştiinţei nu ne conduc ta rezolvarea unei probleme.

Sugestiile satisfac nevoia de echilibru şi vin în întâmpinarea căutării declanşate de depotenţializarea conştiinţei: „Acceptarea sugestiilor terapeutului va fi direct proporţională cu gTadul optimal de destructurare şi cu caracterul adecvat al sugestiilor terapeutului în vederea restructurării unui pacient anume într-o manieră terapeutică" (Erickson, Rossi, 1976, p. 145).

Erickson utiliza frecvent confuzia, deoarece considera că ea este baza oricărei bune tehnici hipnoterapeulice. El povesteşte o întâmplare în care. utilizând confuzia, a indus o stare catalcptică unei persoane foarte grăbite. într-o zi, mergând spre universitate, la colţul unei străzi este lovit puternic de un bărbat care era foarte grăbit. înainte ca acesta să apuce să spună ceva, M. Erickson şi-a ridicat mâna, s-a uitat la ceas şi i-a spus politicos, ca şi cum fusese întrebat cât era ora : „este exact ora 14 şi 10 minute". De fapl era aproape ora 16. Apoi s-a depărtat liniştii. După câţiva zeci de metri, uitându-se înapoi, a vă- ut persoana grăbită, vizibil surprinsă de ceea ce se întâmplase, care încă mai stătea nemişcată uitându-se după el.

Fixarea atenţiei poate deveni sursă de confuzie. Fixarea intensă a unui obiect restrânge vederea periferică, şi zona fixată devine mai mare, ocupând întregul câmp vizual. Pacientul ajunge astfel ia o percepţie distorsionată care produce confuzie.

Confuzia poate fi indusă şi prin *utilizarea negaţiei.* Două negaţii conduc la o afirmaţie, dar, când utilizăm trei negaţii, lucrurile se complică şi mai mult. Şi, în timp ce mintea conştientă este ocupată cu descoperirea sensului frazei, inconştientul devine mai receptiv la sugestiile terapeutului.

Exemple:

1) *„nu există persoană care să nu ştie că nu se împiedică să intre in transă... " (S.*
Tenenbaum, 1996, p. 52).

2) „ - *Şi nu-mi răspunzi, nu-i aşa* ?" (pacienta face cu capul semn pentru *„nu").*
„ - Şi nu-mi veţi răspunde, da ? " (pacienta face semn cu capul pentru „nu").
„ - Foarte bine. Şi poţi auzi tot ce spun ? Nu poţi ? " (pacienta face cu

capul semn pentru

„ - Şi nu vei putea auzi tot ce-ţi voi spune ? Vei putea ? " (pacienta face cu capul semn
pentru *„nu")* (Erickson, Rossi, 1981, p. 168).

De obicei, „realitatea" este ceva accesibil simţurilor noastre. Ce se întâmplă însă când senzaţiile pe care le trăim se organizează într-o aită structură decât cea pe care o

ştiam? Suntem surprinşi, nu ştim care ar putea fi cea mai bună reacţie..., de aceea întârziem să elaborăm un anume comportament până vom pune „ordine", declanşăm o căutare internă..., care ne face sensibili la orice stimul care ne-ar oferi iluzia realităţii pe care o căutam.

Utilizând acest principiu. M. Erickson transforma o simplă strângere de mână într-un procedeu eficient de inducere a transei. Strângerea mâinii unei alte persoane unpiică o serie de acte reflexe pe care le-am învăţat de la vârste mici. Perturbarea acestei secvenţe creează o confuzie şi o depotenţializare a conştiinţei. M. Erickson strânge mâna pacientului în aşa fel încât acesta nu-şi dă seama dacă contactul mai persistă sau nu. în acest caz, informaţiile proprioceptive rămân contradictorii. în plus, şi simultan, el poale adresa pacientului, verbal, mesaje confuzive sau îşi poate fixa privirea pe un punct aflat în spatele subiectului.

Supraîncărcarea conştiinţei este un alt procedeu utilizat pentru producerea confuziei. Dacă, în timp ce citiţi aceste rânduri, vă aflaţi într-un fotoliu, vă rog să vă luaţi o mică pauză şi să vă ridicaţi din fotoliu, dar nu înainte de a fi atent la ce anume muşchi şi în ce ordine se încordează peniru a realiza această mişcare ! Ce se întâmplă? încercând să prelucraji rapid atâtea informaţii rămâneţi blocat! Se întâmplă ca atunci când, lucrând la computer, deschidem prea multe fişiere în acelaşi timp şi computerul se blochează. în astfel de situaţii, pentru deblocarea computerului, facem manevre bizare - încercăm să deschidem sau să închidem fişiere fără nici un scop anume, doar-doar computerul se va debloca! La fel se întâmplă şi cu pacientul „blocat" de sarcina prescrisă: va deveni receptiv la orice comandă, chiar fără nici o legătură cu ceea ce făcea mai înainte, numai ca să iasă din starea respectivă. Deseori, utilizez ca metodă de inducţie numărarea; cer pacientului să permită unei părţi din el să numere crescător din trei în trei până la 45, iar altei părţi din el să numere descrescător de la 45 la 1. Evident că singura modalitate pentru pacient de a evada din blocajul cognitiv astfel provocat este să dea curs sugestiilor de intrare în transă !

Şocul şi surpriza pot provoca, ştim deja din experienţa cotidiană, un fel de scurtcircuitare a conştiinţei. Cadrele de referinţă obişnuite sunt buleversate, iar persoana - în căutarea unui echilibru - devine foarte receptivă la orice informaţie care satisface această nevoie. Toţi cunoaştem expresia „a te agăţa de un fir de pai" cu referire la comportamentul oamenilor în situaţii dificile. Utilizând tehnica surprizei, M. Erickson a indus o transă hipnotică unui medic care, în timpul unei conferinţe, a afirmat că nimeni nu-1 poate hipnotiza : „Voi demonstra că nimeni nu mă poate hipnotiza ! ". La această provocare, M. Erickson s-a apropiat de el cu paşi hotărâţi, cu intenţia vizibilă de a-i strânge mâna, dar, în ultimul moment, el s-a aplecat în faţa lui pentru a-şi lega şireturile la pantofi. Bărbatul, dezorientat, a rămas încremenit cu mâna întinsă în gol şi foarte vulnerabil la primul mesaj comprehensibil în acord cu situaţia în care se găsea. După ce şi-a legat ultimul şiret, M. Erickson i-a spus : „Pur şi simplu inspiră

profund, aşaxă-lc pe scaun, închide ochii şi intră într-o transă profundă ! ". Ceea ce s-a şi întâmplat.

Unei paciente, care venea de la mare distanţă (la insistenţa familiei) şi care a început să-i povestească lui M. Erickson că mai mulţi medici n-au putut să o hipnotizeze, acesta i-a spus: „Nu pot să te hipnotizez pe tine, doarbraţultău" După ce pacienta şi-a exprimat surprinsă nedumerirea, M. Erickson a continuat: „Este exact ceea ce vreau

să-ţi spun. Nu te pot hipnotiza". Apoi, cu o voce relaxată, a adăugat rapid, într-un singur cuvânt: „doarbraţultău, vezi! ", Şi i-a ridicat uşor braţul care a rămas în aer, apoi i-a spus: „Pur şi simplu închide ochii, inspiră profund, intră într-un somn profund şi, pe măsură ce faci acest lucru, braţul tău va coborî încet să se odihnească pe coapsa piciorului tău, în timp ce tu dormi profund şi confortabil până când te voi trezi".
Iar pacienta, care afirmase că nu poate fi hipnotizată, se afla deja într-o transă profundă la câteva minute după intrarea în cabinetul lui M. Erickson (M. Erickson, 1964, pp. 204-205).

Utilizarea şocului psihologic presupune mai întâi realizarea unui climat de încredere şi de protecţie a pacientului şi integrarea lui într-o strategie terape Jtică. Ilustrăm tehnica şocului cu unul din cazurile prezentate de M. Erickson în una din conferinţele sale (M. Erickson, 1990, p. 136).

Este vorba de un cuplu care, deşi se străduia să aibă un copil, soţia nu rămăsese niciodată însărcinată. Soţul repetase deja de două ori următoarea frază în faţa lui M. Erickson:

„De trei ani, ne-am angajat într-o uniune matrimonială nocturnă şi diurnă cu un scop procreaţiv cu o culminarc fiziologică totală, dar fără succes".

Comportamentul rigid al cuplului 1-a determinat pe M. Erickson să utilizeze o strategic „şocantă":

„ Cred că pot rezolva problema voastră. De fapt, cred că problema voastră va fi uşor de rezolvat. Există o terapie de şoc. Există mai multe tipuri diferite de. terapii de şoc. Puteţi săfiţi trataţi cu electroşocuri, puteţi să ave/i o terapie prin şoc psihologic sau una prin şoc emoţional. Nu doresc să utilizez electroşocul, dar, dacă doriţi, aş putea utiliza o terapie prin şoc care va rezolva problema noastră. Reflectaşi liniştiţi la aceasta şi poale dorifi să discutaţi in absenţa mea in cabinet. Voi reveni peste o jumătate de oră... ". ***După pauza de gândire de jumătate de oră, finalizată cu acordul de a suporta o terapie de şoc, M. Erickson a continuat:***

„Ei bine, ţineţi-vă bine cu mâinile de scaune... Mi-aţi spus că, de trei ani, v-afi angajat într-o uniune matrimonială nocturnă şi diurnă cu un scop procreativ cu o cutminare fiziologică totală... Acum, din tot ceea ce vă voi spune voi omite un singur cuvânt... De ce naiba nu vă sărutaţi şi voi de plăcere ?!".

Cei doi soţi au rămas şocaţi, încremeniţi pe scaunele lor. După trei luni soţia era însărcinată ! (observaţi tensiunea afectivă în creştere a relaţiei terapeutice şi utilizarea. în momentul producerii şocului, a unui cuvânt cu conotaţii multiple, inclusiv sexuale, şi care, în mod paradoxal, avea rolul de a produce plăcere [sexuală] pacienţilor).

4.2.2. *Acordarea unor permisiuni*

Inducţia ericksoniană nu utilizează formulări imperative de tipul :

*„închide ochii! ", „Dorini**!**"*

şi nici predicţii categorice :

„Vei închide ochii", „ Vei respira din ce în ce mai lent... ".

'De asemenea, terapeutul îşi interzice formularea unor afirmaţii contrare a ceea ce observă la pacient, sub pretextul de a-1 „ajuta" pe acesta. A spune, de pildă, cuiva care are ochii larg deschişi - „pleoapele tale sunt grele" - înseamnă a produce o desincronizare cu efecte negative asupra inducţiei şi relaţiei terapeutice în general.

Dimpotrivă, terapeutul acordă permisiuni:

„Poţi {ine ochii deschişi"... „Aici, acum, Iţipermifi să simfi ceea ce simţi, să gândeşti ceea ce gândeşti... sau îţi permiţi să nu faci nimic; să nu te gândeşti la nimic..., ci doar să rămâi un spectator curios al senzaţiilor şi gândurilor care se dezvoltă in corpul şi mintea ta... ".

Terapeutul formulează invitaţii:

„Te invit să te situezi tu însuti in starea în care te simţi cel mai bine", sau

evocă:

„Anumite persoane se concentrează asupra respiraţiei lor, altele asupra senzaţiilor care se dezvoltă în mâini sau picioare... Chiar dacă nu eşti destins... deşi unele persoane preferă să se destindă... Ui poţi permite să simţi ceea ce simţi. • - să laşi muşchii tăi săfacă ceea ce doresc să facă.., ".

Este important să nu impunem nimic, ci doar să creăm un cadru care să declanşeze o căutare finalizată cu o anumită imagerie mentală şi cu trăirea de către pacient a propriilor experienţe în deplină libertate.

\ferbele: „trebuie", „este necesar să" sunt interzise în vocabularul cricksonian. Dacă o persoană este tensionată, este mai bine să evităm utilizarea unor sugestii directe de tipul:

„Uestinde-te... respiră liniştit! ".

Este preferabil să utilizăm următoarea formulare:

„ în ritmul tău, poţi să te destinzi, lent sau rapid, cum vei hotărîşi cum vei dori... poţi, de asemenea, să rămâi încordat cât timp doreşti, dacă această încordare îţi asigură sentimentul de linişte de care ai nevoie...''.

Această formulare vehiculează un paradox : de cele mai multe ori „permisiunea" de a rămâne încordat antrenează aproape imediat relaxarea persoanei.

4.2.3. Utilizarea cuvintelor cu conţinut general

în limbajul inducţiei ericksoniene există o seric de cuvinte polisemantice: speranţe, vise, resurse, senzaţii, gânduri, credinţe, amintiri, învăţări, precum şi cuvinte cu un conţinut abstract: strălucitor, curajos, iubitor, inteligent etc.

De cefe mai multe ori, atunci când utilizăm aceste cuvinte în limbajul cotidian, avem iluzia că interlocutorul nostru a activat imagini şi experienţe similare celor trăite de noi. De fapt, cu cât aceste cuvinte sunt mai bogate în înţelesuri, cu atât ele au o mai mare şansă de a declanşa o căutare internă, conducând astfel la identificarea unor experienţe strict individuale care pot fi circumscrise sferei semantice a cuvintelor-stimul.

Hipnoterapeurul creează o căutare inconştientă prin fixarea atenţiei conştiente. Fixarea se produce dacă terapeutul sugerează că termenii polisemantici ar exprima în fond un înţeles precis. Fenomenul căutării este rezultatul încercării de a elimina numărul mare de semnificaţii

neimportante şi de a o găsi pe cea valabilă în cazul respectiv. Dacă terapeutul spune:

„.... şi inconştientul tău ştie că ceea ce tu numeşti sensibilitate este defapt o resursă... ",

atunci subiectul va declanşa o căutare a unor experienţe pozitive care contrazic ideea iniţială, conform căreia sensibilitatea este echivalentă cu vulnerabilitatea.

Substantivele denumesc realităţi statice, permanente, in timp ce verbele implică ideea schimbării. De aceea, ori de câte ori un terapeut ericksonian se referă la potenţialul pozitiv al pacientului, acesta utilizează mai ales substantive: resurse, experienţe, învăţări, acumulări, amintiri etc. Observaţi că aceste substantive exprimă de fapt procese, dar, prin substantivizarea lor, terapeutul sugerează permanenta lor. Dacă spun „învăţ", verbul exprimă o realitate în schimbare: „sunt pe cale de a acumula cunoştinţe, de a-mi forma deprinderi care nu sunt încă fixate, nu au încă pe deplin potenţialul lor acţionai". Când fac însă apel la „învăţările" mele, atunci evoc cunoştinţe, deprinderi finisate, capabile să producă efectele dorite în comportamentul meu.

în virtutea celor menţionate mai sus, ar fi de dorit ca terapeuţii să elimine din discursul lor substantivele şi adjectivele complexe cu conotaţii negative pentru pacient.

4.2.4. *Utilizarea elementelor limbajului ericksonian*

Ne referim la clementele care au fost descrise deja, în mod deosebit la confuzie, presupoziţii comportamentale şi alternative iluzorii:

„... nu ştiu dacă vei intra in transă cu ochii deschişi sau î n c h i ş i . n u ştiu dacă vei intra în transă acum sau moi târziu... R>ate vei închide ochii acum sau mai târziu, sau poate îi vei păstra deschişi pe toată durata transei şi nu ştiu nici dacă vei intra într-o transă uşoară sau profundă ".

Aceste alternative întreţin pacientului iluzia libertăţii de a-şi construi propria transă în ritmul său. Utilizarea formulărilor referitoare la timp: „după...", „... în timp ce...", „când...", creşte caracterul permisiv al inducţiei. De asemenea, este util să formulăm presupoziţii referitoare la resursele inconştientului, văzut ca un rezervor de resurse, experienţe, înţelepciune:

„Inconştientul tău a învăţat tot timpul, din succese şi insuccese, ce trebuie făcut, cum anume şi când, ce nu trebuie făcui etc... şi această înţelepciune îţi permite să priveşti în foarte multefeluri realitatea în care te afli, evenimentele pe care le trăieşti etc. ".

4.2.5. *Acordarea libertăţii de a rezista*

Pentru M. Erickson, acordarea libertăţii de a rezista este cea mai bună modalitate de a evita orice formă de rezistenţă:

„Ai, de fapt, tot dreptul să nu mă crezi şi sâ rămâi sceptic... Uneori este cea mai hună atitudine fa/ă de anumite situaţii şi, chiar te încurajez să asculţi cu atenţie toate cuvintele mele... Nu există un singur fel de a trăi o transă

hipnotică. Tot ce ai de făcut este de a trăi această experienţă în felul tău... Chiar dacă «nu vei intra» în transă... " (Tencnbaum, 1996, p. 79).

Această sugestie creează contextul relaţional necesar construirii de către pacient a unei stări de încredere şi confort care să-i permită o mai bună comunicare cu terapeutul şi cu el însuşi, cu acea parte din el pe care o numim „inconştient". Nu contează dacă, pentru a denumi această realitate, utilizăm sau nu cuvântul „transă".

4.3. Tipuri de inducţie ericksoniană

Am amintii deja că tehnicile de inducţie ericksoniene nu pot, prin definiţie, să fie strict codificate - ele diferă funcţie de subiect.

Din motive didactice, deosebim acum mai multe tipuri de inducţie :

- inducţii prin utilizarea experienţelor anterioare;
- inducţii fondate pe date senzoriale prezente;
- inducţii prin sugestii deschise.

4.3.1. *Inducţii prin utilizarea experienţelor anterioare* (stări de absorbţie cotidiene, transe hipnotice)

Obiectivul inducţiei este orientarea atenţiei pacientului spre interiorul lui cu scopul de a-i facilita retrărirea unor stări de absorbţie internă pe care le cunoaşte foarte bine sau de a retrăi senzaţiile dezvoltate în transele induse anterior de terapeut.

Dc-a lungul unei zile noi trăim toate formele modificate ale conştiinţei: de la somn până la hipervigilentă, trecând prin somnolenţă, reverie, absorbţie etc. De aceea, terapeutul poate utiliza pentru inducţie experienţele deja trăite în mod cotidian: stări de reverie, „hipnoza" la volanul maşinii conduse pe un drum lung şi monoton, absorbţia provocată de cititul unei cărţi sau de vizionarea unui spectacol etc. în timpul evocării unor astfel de experienţe, terapeutul poate modela comportamentul pacientului, adoptând o anume imobilitate, rărindu-şi respiraţia, privind în gol absorbit de ceea ce povesteşte şi vorbind într-o manieră analogică.

Imediat ce observă apariţia unor manifestări ideodinamice, terapeutul le va utiliza pentru construcţia transei, utilizând formulări de tipul:

„Pe măsură ce simţi Xpoli să trăieşti ¥...

Deşi nu este necesar ca subiectul să închidă ochii, terapeutul îi poate sugera acest lucru într-o manieră indirectă.

lată câteva formulări utile :

„Când eşti foane concentrat asupra cărtii pe care o citeşti, sau asupra emisiunii preferate de la televizor... ori asupra ritmului sacadat al roţilor de tren... eşti deja mai puţin conştient de zgomotele din jur. nu ştii cum trece timpul, uiţi de propriul corp şi abia într-un târziu constaţi că (i-ai uitat mâna sau piciorul în poziţii incomode şi au amorţit... ".

Sau:

.....Te poţi gândi la situaţiile în care erai aşa de absorbit de a experienţă anume încât ai uitat să mai observi ceea ce se întâmplă în jurul tău ? Fiecare persoană are experienţe în care.., le descoperi atât de relaxat... amintindu-ţi, gândindu-te... şi poţi să-ţi aminteşti o experienţă care a fost atât de plăcută... încât ai uitat cum trece timpul... şi ai uitat să observi zgomotele şi faptele din junii tău... şi doar gândurile tale erau importante... şi apoi poţi să te simţi atât de relaxat... şi este atât de minunat că te poţi cufunda atât de mult în gândurile tale... încât vocile persoanelor din jur se risipesc aiurea... şi eşti singur cu gândurile tale... şi le simţi atât de bine... şi este timpul potrivit în care poţi învăţa ceva important... ".

Când pacientul a trăit deja o transă hipnotica, terapeutul ii cere să descrie ce anume a simţii şi să reformuleze, în termenii unor stări interne, toate senzaţiile sale : auditive, vizuale, kinestezice etc.

Iată câteva secvenţe din astfel de scenarii care valorifică experienţa transelor anterioare ale pacientului:

„îmi spuneai că, ultima dată, îţi simţeai capul greu, simţeai nevoia de a închide ochii... aveai impresia că întregul corp era mai cald... mâinile mai reci...".

„Aş dori să începi prin a-li aminti experienţele avute în timpul transei anterioare... să-fi aminteşti cât de confortabil se poate simţi corpul tău... cât de lentă poate fi respiraţia ta... şi mă întreb dacă îţi vei aminti cât de confortabil este sâ stai şi să asculţi, pur şi simplu, pe cineva care-ţi descrie experienţele atât de diferite pe care le trăieşti... şi îţi aminteşti cât de bine te-ai simţit închizând ochii... şi amintirea acestei relaxări profundeface parte din tine... şi nu-i aşa că este plăcut să redescoperi ceva familiar care te poate ajuta... şi îţi poţi aminti camera în care ai învăţat să te simţi atât de bine... şi poţi vedea mobila, poţi auzi sunetele acelui loc şi, pe măsură ce-ţi aminteşti toate aceste, pofi să te simţi confortabil chiar în acest moment... "

Cuvintele subliniate sunt sugestii „presărate" care accentuează efectul hipnotic al evocărilor experienţelor anterioare.

4.3.2. *Inducţii fondate pe date senzoriale prezente*

Transa este frecvent descrisă ca o stare de absorbţie în care subiectul este intens concentrat asupra unor stimuli şi ignoră complet alţi stimuli. în mod obişnuit, absorbţia este un proces orientat mai degrabă spre interior decât spre exterior.

într-o relaţie obişnuită suntem orientaţi dominant spre exterior, spre interlocutorul nostru. Când ne lăsăm „furaţi" de vreun gând, senzaţie, imagine şi diminuăm contactul cu exteriorul, suntem catalogaţi ca „distraţi", „neatenţi" etc.

în timpul inducţiei, terapeutul îşi propune să realizeze o tranziţie între focalizarea dominant externă spre una dominant internă. De obicei, acest proces cuprinde verbalizarea unor stimuli externi, uşor de receptat, după care este descris răspunsul intern al subiectului. în baza truismelor referitoare la stimulii externi, pacientul dezvoltă o atitudine de acceptare în raport cu răspunsurile sale interne doar presupuse de terapeut.

Cu cât, iniţial, subiectul este centrat mai ales pe stimulii exierni, cu atât terapeutul îşi va începe inducţia prin verbalizarea acestora. O orientare prea rapida spre răspunsuri interne (ipotetice) ar putea compromite relaţia terapeutică.

Iată câteva din cuvintele utilizate frecvent pentru realizarea tranziţiei focalizare externă - absorbţie internă:

- *„şi":*

  „eştipe cale să mă asculţi şipo(i evoca un loc unde te simţi bine " ***;***

  „ *eşti aşezat în fotoliu şi îmi asculţi vocea şi ai putea fi pe cale să te gândeşti la cu totul altceva...".*

- **„cu cât... cu atât...” :**

  „cu cât eşti mai conştient de respiraţia ta, cu atât eşti mai atent la ceea ce se petrece în interiorul tău..." ***;***

„cu cât te mişti mai mult în fotoliu, cu atât mai repede corpul îşi va găsi o poziţie mai confortabilă".

- **„în timp ce" :**

„în timp ce mă asculţi, te poţi gândi la o scenă plăcută";
„în timp ce te concentrezi asupra senzaţiilor care se dezvoltă în corpul tău, poţi rămâne curios în legătură cu ceea ce va urma...".

Cu câl datele senzoriale conţinute de sugestiile terapeutului sunt propuse într-o manieră mai permis ivă, cu atât inducţia este mai eficientă:

„poţi simţi lemnulfotoliului în căuşul palmelor tale... si ai putea să-ţi imaginezi un loc plăcut...".

Iată o secvenţă dintr-un scenariu de inducţie construit după acest principiu (adaptat după Yapko, 1990). Voi nota cu *„e"* sugestiile orientale"spre stimulii externi şi cu *„i"* pe cele orientale spre stimulii interni:

„ Te afli aşezat în acestfotoliu (e) si mă asculţi descriindu-ţi experienţa intrării tale în transă (ej... şi, in timp ce mă priveşti (e) poţi simţifotoliul care îţi susţine confortabil corpul (e)... şi. in timp ce observi fotoliul, poţi auzi telefonul sunând undeva (e)... şi este aşa de confortabil... să ştii că nu tu trebuie să răspunzi la telefon şi îţipermiţi să te relaxezi treptat
(i) ... şi poţi observa obiectele aflate pe biroul meu (e)... şi, în timp ce te uiţi prin cameră, poţi auzi sunetele obişnuite din jur (e)... şi te poţi simţi atât de bine dându-ţi seama că întregul corp se relaxează din ce în ce mai mult în voie (i)... şi mintea ta poate începe să zboare spre o amintire plăcută (i)... şi, in timp ce mintea ta zboară aiurea... poţi simţi cu vârful degetelor textura fotoliului (e) şi, în timp ce simţi aceasta textură, poţi să mă auzi şi pe mine (e)... şi, în timp ce asculţi vocea mea, poţi deveni conştient de o anumită amintire (i)... una care simţi că este importantă şi ai dori să o retrâieşti şi să înveţi ceva din ea {%)... o amintire care poate să-ţi aducă aminte de ceva ce ai dori să ştii acum... ".

Focalizarea pe experienţele interne se poate realiza şi cu ajutorul unor înlrebări. In exemplul care urmează, primele înlrebări solicită un răspuns conştient, următoarele declanşează fie răspunsuri conştiente, fie inconştiente, în timp ce ultimele nu pot primi decât răspunsuri inconştiente, autonome :

1. *„ Vrei să găseşti un punct pe care ai putea să-l priveşti confortabil ? "*
2. *„In timp ce continui să priveşti acest punct, pleoapele doresc să clipească ? "*
3. *„Pleoapele vor începe să clipească împreună sau separat ? "*
4. *„Lent sau rapid ? "*
5. *„ Ochii se vor închide dintr-o dată sau mai întâi se vor închide scurt de câteva ori până vor rămâne închişi ? "*
6. *„Ochii se vor închide treptat, în timp ce te vei simţi din ce în ce mai confortabil în foto/iu ? "*

7. *„Foarte pine. Ochii pot rămâne acum închişi în timp ce te cufunzi într-o stare de confort ca şi cum ai adormi ?* **"**

8. *„Această senzaţie de confort poale creşte până la nivelul la care vei prefera chiar să nu mai încerci să deschizi ochii ?* **"**

9. *„Sau preferi să încerci pentru a te convinge că nu-i poţi deschide ?* **"**

10. *„Şi cât timp îţi va trebui să uiţi totul pentru că inconştientul tău doreşte să viseze ?* **"**

4.3.3. *Inducţii prin sugestii deschise*

Inducţiile prezentate până acum conţin în mod deosebit sugestii referitoare mai degrabă ia *conţinutul* experienţelor sugerate şi mai puţin la *procesele* implicate. Am arătat deja, în unul din paragrafele anterioare, că .sugestiile referitoare la procese sunt sugestii deschise şi au, in principal, rolul de a crea un cadru care orientează pacientul în construirea propriei transe.

S. Tenenbaum (1990) propune un plan foarte util pentru realizarea unei astfel de inducţii:

1. **Terapeutul emite o afirmaţie generală cu privire la o experienţă pe care doreşte ca pacientul să o trăiască:**

„Noi trăim tot felul de senzaţii... "

sau:

„Fiecare persoană este capabilă să se lase absorbită".

2. **Urmează o nouă afirmaţie generală care indică faptul că această experienţă se poate produce în multe feluri:**

„... *şi aceste senzaţii au numeroase feluri de a se dezvolta în corpul nostru... "* ***sau:***

„,.. *ţi atenţia noastră se poate fixa pe numeroase experienţe diferite... ".*

3. **Terapeutul dă un exemplu precis privind felul în care poate fi trăită o astfel de experienţă:**

„... *şi nu ştiu dacă mâna ta va deveni mai caldă sau mai rece... "* ***sau:***

„... *de exemplu, anumite persoane sunt capabile să conştientizeze diferite senzaţii ale corpului lor şi să-şifixeze atenţia asupra acestor senzaţii diferite****...".***

4. **Urmează un al doilea exemplu concret din aceeaşi categoric:**

„... *sau dacă vei simţi o senzaţie deosebită in urechea dreaptă sau în cea stângă.* ***•. ", sau:***

„... *alţii sunt capabili să se lase complet absorbiţi de ascultarea unei melodii plăcute... ".*

5. **Seria de sugestii continuă cu un al treilea exemplu:**

„... *sau dacă umerii tăi se vor simţi mai grei sau mai uşori... "* ***sau:***

„alţii sunt capabili să vizualizeze o scenă agreabilă şi să intre imaginar în această scenă...".

6. Terapeutul concluzionează cu o afirmaţie generala asupra faptului că persoana va trăi aceasta experienţă în felul lui:

„... dar ştiu că îţi poţi acorda plăcerea de a descoperi aceste senzaţii care suni pe cale sâ se dezvolte de la sine..."

sau:

„.... fi în acest moment eşti pe cale să intri în maniera la proprie în această stare...'".

Diferitele tipuri de inducţie prezentate până acum sunt, aproape în totalitate, forme de sincronizare. Terapeutul se abţine de la orice formă de interpretare şi nici nu pretinde că ştie cu adevărat ceea ce gândeşte pacientul. El nu face altceva decât să descrie comportamentele observate şi formulează presupoziţii. Astfel, se instaurează treptat o relaţie de încredere, cu atât mai mult cu cât pacientul nu poate nega adevărurile evidente descrise de terapeut (el este aşezat pe fotoliu, ochii îi clipesc etc). în baza acestei relaţii, şi utilizând formule adecvate pentru realizarea tranziţiei, pacientul va accepta elementele noi propuse de terapeut şi va plonja într-o căutare internă, respectiv, în transa hipnotică.

Mii ton Erickson a utilizat şi alte tehnici de inducţie precum numărarea, poveşti plictisitoare, metaforele etc.

5. Ieşirea din transă

Transa este o experienţa plăcută şi ca trebuie sâ se încheie la fel de plăcut. Este important ca, ieşind din transă, pacientul să-şi regăsească energia necesară continuării activităţii cotidiene. Pentru aceasta trebuie sâ avem grijă să anulăm toate sugestiile administrate în timpul transei. De obicei, în timpul procesului de reorientare a pacientului în starea de veghe, sunt reluate, într-o manieră sintetică, sugestiile terapeutice şi, eventual, sunt administrate sugestii posthipnotiee, fie cu caracter terapeutic, fie în scopul maximizării implicării în transele viitoare.

Momentul ieşirii din transă este decis de terapeut în funcţie de atingerea obiectivelor terapeutice sau de observarea la pacient a unor comportamente care semnalizează diminuarea progresivă a transei (modificarea respiraţiei, creşterea în frecvenţă a reflexelor de clipire şi înghiţire, modificarea frecventă a poziţiei corpului ele.).

Ieşirea din transă se poate realiza într-o manieră tradiţională, clasică - de obicei numărând în sensul invers numărării realizate în momentul inducţiei; cu fiecare număr sunt anulate sugestiile administrate în timpul inducţiei şi sunt reluate, într-o manieră condensată, sugestiile terapeutice. Dacă inducţia a fost una non-formală, dominant indirectă, atunci vom realiza o scoatere din transă în aceeaşi manieră:

„ în propriul tău ritm poţi reveni la starea obişnuită de veghe ".

Dacă pacientul are un braţ în levitaţie, îi putem sugera că, pe măsură ce braţul coboară, el revine treptat, în propriul său ritm, în starea obişnuită, de veghe.

Dacă dorim ca pacientul să ne povestească experienţele trăite în timpul transei, este bine să nu-1 provocăm să ni le povestească imediat ce a ieşit din transă, deoarece putem perturba procesele asociative inconştiente care continuă să se manifeste şi după ieşirea

din transă sau putem să perturbăm procesul de instalare a amneziei posthipnotice în cazul în care acesta a fost sugerat.

în finalul acestui capitol, propunem schema rezumativă a unei inducţii complete realizate de S. Tenenbaum (1990):

- 1) Crearea contextului (faza conversaţională): stabilirea raportului, culegerea de informaţii utile pentru planificarea intervenţiei.
- 2) Dirijarea progresivă a atenţiei persoanei spre interiorul ei (absorbţie internă) ; asupra senzaţiilor, de exemplu.
- 3) Inducerea disociaţiilor conştient/inconştient.
- 4) Validarea şi aprofundarea (dacă este necesar) a stării hipnotice prin orientarea atenţiei persoanei asupra comportamentelor de tip hipnotic pe care le dezvoltă. Aprofundarea poate fî realizată cu ajutorul imaginilor, sugestiilor indirecte sau confuziei:

„Lumea exterioară este exterioară... şi lumea interioară este interioară... şi tu laşi lumea exterioară să se estompeze. •. pentru moment lumea interioară este mai interesantă... şi tu poţi continua aprofundarea acestei stări... ".

Este util, de asemenea, să formulăm generalităţi asupra stării hipnotice şi inconştientului pentru a enunţa astfel idei-cheie:

„... Starea hipnotică este o stare perfect naturală pe care o cunoaştem cu toţii... Inconştientul funcţionează într-o manieră autonomă... Este prietenul tău... ".

Poveştile şi exemplele sunt bine venite:

„A trăi o astfel de experienţă... este ca şi cum te-ai regăsi pe tine însuţi... ca şi cum ai regăsi un prieten apropiat de care te-ai depărtat fără să-ţi dai seama... şi este atât de bine să te regăseşti pe tine însuţi...

- 5) Utilizarea stării hipnotice pentru intervenţia terapeutică (a se vedea capitolele următoare).
- 6) Ieşirea din transă: reorientarea persoanei în starea sa de conştiinţă obişnuită, sugerându-i că el „revine" cât mai confortabil posibil:

„... In câteva momente... în ritmul tău... vei putea să te reorientezi in această cameră aducând cu tine tot ceea ce vei dori să aduci în mod conştient şi lăsând în urmă ceea ce vrei să laşi... şi tu vei putea reveni aici perfect odihnit şi asigurându-te că aduci cu tine toată energia de care ai nevoie pentru a termina această zi... ".

Putem continua cu următoarele sugestii terapeutice:

„... Şi în zilele care urmează, veifi probabil surprins de ceea ce vei observa... şi inconştientul tău va continua să organizeze, în felul său, tot ceea ce tocmai ai trăit în timpul transei... şi inconştientul tău poate generaliza acest travaliu la diferite domenii ale vieţii tale... ".

CAPITOLUL VI

Manifestările specifice hipnozei si utilizarea lor clinică [5]

1. Disocierea

Termenul de disociere este definit ca „separare a unor procese mentale de corpul principal al conştiinţei cu diferite grade de autonomie" (Hilgard, 1992, p. 69).

Transa hipnotică are la bază disocierea conştient-inconştient. în timpul inducţiei, atenţia pacientului se centrează selectiv asupra sugestiilor terapeutului, în timp ce inconştientul este activ implicat într-o căutare „transderivatională" a unor semnificaţii simbolice, asociaţii trecute şi răspunsuri adecvate. Facilitarea disocierii de către transa hipnotică permite pacientului un acces mai direct la resursele inconştiente şi la informaţiile interne ale acestuia.

Caracterul disociativ al transei hipnotice poate fi evidenţiat şi de „procesarea paralelă" a informaţiilor în timpul transei. în timpul transei, pacientul funcţionează simultan la mai multe nivele de cunoaştere, fiecare operând relativ independent. Unul dintre aceste niveluri este relativ obiectiv şi dezvoltă o înţelegere realistă a naturii experienţei trăite de subiect; această parte a fost numită de către Hilgard (1977) - „observatorul ascuns". „Observatorul ascuns" este separat, disociat de experienţele sugerate ale transei şi poate menţine un anumit grad de obiectivitate în legătură cu aceste experienţe. Această caracteristică disociativă a transei permite pacientului să participe şi să răspundă la sugestii în timp ce se şi observă pe sine însuşi implicându-se în această experienţă.

Disocierea favorizează separarea experienţei globale în mai multe părţi componente, apoi creşterea gradului de conştientizare a unora dintre acestea, concomitent cu diminuarea gradului de conştientizare al altora. Disocierea permite hipnozei să conducă la efecte deseori surprinzătoare. Caracterul paradoxal al hipnozei derivă şi din faptul că ea induce mai întâi un proces de disociere pentru a permite reasocieri ulterioare care sparg stereotipurile cognitive şi comportamentale ale pacientului făcându-I astfel mai creativ. De altfel, M. Erickson se referea

deseori la hipnoză ca la un proces de reasociere a vieţii interioare. Mulţi dintre noi au trăit în viata de zi cu zi momente disociative; ele se regăsesc în limbajul cotidian, prin expresii precum „o parte din mine doreşte să rămână, alta doreşte să plece", „ am senzaţia că mă văd din exterior şi nu-mi vine să cred că...". Simţul umorului, a cărui valoare adaptativă a fost evidenţiată de mulţi terapeuţi, are la bază un proces disociativ, deoarece „a face haz de necaz" presupune o disociere între „actor" (care trăieşte necazul) şi „observator" (care face haz de primul).

Prin disociere, oamenii devin mai liberi, deoarece cadrul spaţio-temporal al experienţelor devine mai puţin coercitiv : o parte din mine poate fi aici şi acum preocupată de ceea ce se petrece în jurul meu, în timp ce o altă parte poate fi altundeva şi într-un alt timp, ocupându-se de ceea ce este mult mai important pentru mine. Mintea conştientă poate fi ocupată cu informaţiile rezultate din focalizarea atenţiei asupra diverşilor stimuli interni sau externi, în timp ce inconştientul devine liber să reacţioneze în orice fel doreşte. Astfel, cu cât mai adâncă este transa, cu atât mai profundă este disocierea şi mai mare disponibilitatea pentru răspunsuri inconştiente.

Disocierea poate fi un mecanism cu efecte benefice asupra vieţii de zi cu zi (reveria, ale cărei efecte adaptative sunt cunoscute, are la bază un proces disociativ, în care partea conştientă din noi realizează un control minimal a ceea ce se întâmplă în jur, în timp ce o altă parte, inconştientă, devine liberă să exploreze zone, deseori inaccesibile în pian real) sau cu efecte mai puţin benefice (uneori depresia, de pildă, antrenează procese disociative: ne vedem din exterior şi ne autocompătimim...)- Alteori, disocierea poate deveni un mecanism de *coping* cu efecte neadaptative de intensitate patologică, aşa cum o dovedesc o serie de tulburări psihiatrice.

După cum am mai spus, transa hipnotică implică în mod necesar disocierea; disocierea permite manifestarea unor răspunsuri automate, spontane, reamintirea unor evenimente uitate, permite mâinii să se mişte în mod inconştient, corpului „să uite" să se mişte sau să înregistreze un stimul oarecare etc.

Facilitarea exprimării fiecărei părţi a persoanei poate avea efecte terapeutice benefice. Descoperind şi tratând acea parte a clientului care se simte slabă şi fără putere, de pildă, în timp ce alte părţi ale persoanei se simt puternice şi capabile să-şj asume riscuri rezonabile, poate oferi clinicianului ocazia de a-i rezolva probleme care existau, aparent fără nici un motiv. O altă modalitate de manifestare terapeutică a disocierii o găsim în managementul durerii, aşa cum se va vedea în capitolul dedicat acestui aspect.

înţelegem mai bine fundamentele disociative din timpul transei, dacă suntem atenţi la formele de manifestare ale acestora în viaţa de zi cu zi. Aţi observat multe situaţii în care oamenii reacţionează într-o manieră automată, sub influenţa unor procese disociative manifestate la mai multe nivele: raţiune/sentiment, corp/spirit, trecut/prezent, pesimism/ optimism etc. Multe reclame comerciale induc procese disociative pentru stimularea unor nevoi (de pildă reclamele la dulciuri fac apel la „copilul" din interiorul fiecărui „adult"). în timpul transei hipnotice, toate aceste părţi disociate pot fi amplificate sau diminuate în scop terapeutic. Una din afirmaţiile centrale ale terapiei ericksonienc este aceea că oamenii au în ci înşişi resursele necesare realizării unor schimbări benefice şi că noi nu trebuie să învăţăm pacienţii să se comporte normal, deoarece ei ştiu deja acest fapt, din moment ce, cu câteva luni în urmă, ei se purtau „normal". Numai că oamenii nu mai au acces la aceste resurse şi „programe" interne ale comportamentului normal, deoarece ele sunt disociate de indicatorii,

comportamentele conştiente care le activau altădată. Rolul terapeutului este acela de a construi noi asociaţii (comportamente, indicatori, relaţii) care vor permite pacientului accesul la resursele interne, inconştiente, necesare într-un anume context.

Toate sugestiile care au ca scop divizarea experienţei în mai multe părţi sunt sugestii care stimulează disocierea. Majoritatea tehnicilor de inducţie a transei generează o disociere conştient-inconştient prin accentuarea posibilităţilor pacientului de a trăi

anumite experienţe şi de a învăţa diverse lucruri tară efori şi aulomat. în timpul transei, disocierea poate fi accentuată, utilizând un limbaj specific care cuprinde sugestii directe şi indirecte.

Sugestiile disociative directe conduc pacientul să (re)dcscopere posibilitatea de a trăi experienţe la diferite niveluri, observând că acestea pot să se producă spontan, automat şi fără nici o planificare. Sugestiile privind Jevitaţia braţului, ca şi alte fenomene catalepticc, ilustrează foarte bine o astfel de disociere. Disocierea poate fi indusă pentru realizarea analgeziei:

„îţi poţi simţi corpul relaxându-se confortabil pe fotoliul pe care te afli, în timp ce-ţi poji vedea în exterior o mică parte a corpului tău care se simţea inconfortabil';

a regresiei de vârstă:

„sentimentele si emoţiile tale se pol întoarce la vârsta de şase ani în timp ce restul personalităţii tale rămâne la starea de adult, cu mine aici şi acum

Sugestiile disociative directe au în general următoarea structură :

„... o parte din tine trăieşte aceasta..., în timp ce altă parte din line trăieşte aceasta (altceva) ".

Ială câteva fraze, expresii, sugestii utile pentru inducerea disocierii conştient-incon- ştient (S. Tenenbaum, 1996; Lankton & Lankton, 1992):

.....funcţionăm conştient şi inconştient...'";
„... partea, conştientă a spiritului tău gândeşte liniar, în timp ce partea inconştientă gândeşte / • lobai...";
.....conştient gândeşti într-un anume fel, în timp ce inconştient, ai propria ta logică...';
„... conştient, mă poţi asculta, în timp ce inconştientul tău organizează în propriul său mod ceea ce spun...";
„... conştient, te Interesezi de anumite lucruri, în timp ce inconştientul tău ştie ceea ce este cu adevărat important pentru tine...';
„... conştient, poţi. simţi anumite senzaţii agreabile, in timp ce inconştientul tău este pe cale să lucreze pentru tine...';
.....conştient, poţi rămâne atent la ceea ce se petrece, in timp ce inconştientul acţionează autonom...";
„... se întâmplă deseori ca cineva, în mod conştient, să formuleze o anume problemă, in timp ce inconştientul său ştie că, de fapt, problema se află in altă pane..._";
„... în timp ce o parte din tine mă ascultă, o altă parte din tine te poate conduce într-un loc agreabil...";
„... conştientul tău poate avea îndoieli. în timp ce inconştientul tău îşi continuă propriul şir al gândurilor...";
.....conştientul tău poate fi interesat de o anume profunzime a transei, în timp ce inconştientul dezvoltăpropria-i profunzime a transei... ";
„... conştientul tău se poate întreba în legătură cu anumite experienţe, deoarece inconştientul tău îi permite să observe...';
.....conştientul tău este probabil curios să-şipună întrebări. ...în timp ce inconştientul tău ia lucrurile aşa cum sunt şi are soluţii...".

Mii ton Erickson utilizează o tehnică de inducere a disocierii numită de el „mijlocul lui nicăieri". Sugerându-i cuiva că se află nicăieri, îl punem în situaţia paradoxală, care antrenează procese disociative, de a se afla într-un loc, fără loc !

„... şi în timp ce stai astfel, relaxat, îţi dai uşor seama că o parte din tine se află aici..., în timp ce o altă parte din tine zboară aiurea... şl poate pluti departe... şi tu nu ştii cu adevărat încotro merge, nu-i aşa ?... în mijlocul Iul nicăieri... unde nu există nici timp, nici loc... în mijlocul lui nicăieri... acolo poate fi doar vocea mea... şi gândurile tale... şi nicăieri nu te poţi simţi aşa de liber pentru a te afla nicăieri... la urma urmei, totdeauna trebuie să fim undeva, într-un anume moment..., dar nu acum... nicăieri este plăcui... şi mijlocul lui nicăieri este un loc aşa de plăcut, foarte plăcut... nu-i aşa ? ".

Disocierea este sugerată indirect, ori de câte ori utilizăm sugestii orientate spre producerea unui fenomen intra-hipnotic. In mod frecvent se utilizează confuzia, metaforele şi alte forme ale limbajului indirect (presupoziţii, negaţii paradoxale, analogii etc).

în cazul unui pacient supus unei intervenţii chirurgicale pentru un implant dentar, V.A. Gheorghiu a obţinut anestezia necesară sugerându-i acestuia că se află în vacanţă, pe litoralul Mării Negre, cu un prieten, medic stomatolog, care îi povesteşte despre o intervenţie chirurgicală realizată de el. Astfel, pacientul a trăit intervenţa chirurgicală ca şi cum ar fi fost realizată altcuiva. Să observăm intuiţia terapeutului care a structurat astfel sugestia încât a păstrat cadrul de referinţă al intervenţiei chirurgicale. *

O serie de sugestii indirecte disociative sunt conţinute şi în exemplul următor (Yapko, 1990, p. 288).

„... şi ar putea fi interesant pentru tine să afli că eu am trăit o experienţă similară cu cea pe care mi-ai descris-o... o experienţă care m-a învăţat o serie de lucruri despre mine şi ceilalţi... şi nu este uimitor să vezi cum poate cineva să înveţe lucruri aşa de importante dintr-o experienţă care părea obişnuită ?... ca şi cum o parte din noi ar trăi-o, şip altă parte priveşte la noi, trăind respectiva experienţă... întrebându-se ce se va întâmpla... şi cum ne vom simţi... când totul se va fi sfârşit... şi apoi lucrurile care au fost aşa de confuze la un anume nivel sunt făcute clare de alte părţi din noi care înţeleg... la un nivel mult mai profund... cum să gândească creativ şi... există părţi creative în fiecare parte din noi. Sunt sigur că eşti de acord... şi în experienţa pe care eu am trăit-o...".

Disocierea se produce intre partea care trăieşte experienţa şi celelalte părţi care „observă", „se întreabă", „clarifică" sau sunt „creative".

Am amintit, deja, că de cele mai multe ori disocierea este urmată de o „reasociere", o reintegrare mai eficientă a părţilor iniţial disociate. Totuşi, nu de fiecare dată hipnoza reasociază sau integrează toate părţile în aceeaşi măsură. Acest proces este funcţie de obiectivele terapiei şi consecinţele integrării unei părţi anume. Evident, părţile pozitive (precum cele creative, adaptative) vor fi probabil în întregime integrate, în timp ce părţile care induc durere vor fi doar parţial sau deloc integrate.

2. Fenomenele ideodinamice

Fenomenele ideodinamice sunt manifestări bazale care evidenţiază

unitatea corp-spiril; ele sunt expresia funcţionării fiinţei umane la nivel automat şi inconştient. în procesul adaptării la mediu, omul răspunde în mod automat prin manifestări motorii („răspunsuri ideomotorii"), senzoriale („răspunsuri ideosenzoriale"), afective („răspunsuri ideo-afective") şi cognitive („răspunsuri ideocognitive"). Astfel, spiritul conştient se poate ocupa selectiv doar de activităţi care necesită o elaborare raţională superioară. Această activitate automată, inconştientă, este de multe ori exprimată prin ceea ce numim adesea

„limbajul corpului"- manifestări motorii şi psihofiziologice care dublează, într-o manieră congruentă sau nu, mesajele raţionale, conştiente, transmise verbal sau non-verbal.

în relaţie cu hipnoza, manifestările ideodinamice capătă o semnificaţie deosebită, deoarece stimularea lor poate fi ea singură o modalitate de inducţie a transei. Această afirmaţie este în acord cu ideile Iui Bernheim care considera că orice sugestie nu este altceva decât rezultatul provocării şi desăvârşirii unui proces ideodinamic: „Mecanismul sugestiei, în general, poate fi rezumat în următoarea formulă: creşterea reflexului ideomotor, ideosenzitiv şi a excitabilităţii ideosenzoriale" (Bernheim, 1993, p. 138). Dacă în cazul persoanelor aflate în stare de veghe, afirmă Bernheim, transformarea ideii în act este cenzurată de raţiune, în cazul persoanelor hipnotizate, dimpotrivă, „transformarea gândului în acţiune, senzaţie, mişcare sau imagine este atât de repede şi de activ realizată, încât inhibiţia raţională nu are timp să acţioneze" *(idem,* p. 137).

M. Erickson a preluat aceste idei şi le-a utilizat pentru a rafina tehnici de inducţie sau aprofundare a transei hipnotice.

2.1. Răspunsurile ideomotorii

Răspunsul ideomotor este expresia fizică, observabilă (uneori doar cu ajutorul unor instrumente adecvate, precum poligraful), a unei experienţe mentale. Pendulul Iui Chevreul este o demonstraţie convingătoare şi utilă a acestei relaţii. Deseori, această relaţie este atât de strânsă, încât cu greu o putem controla voluntar. Acesta este de fapt principiul „detectorului de minciuni". în mod inconştient aplecăm capul ritmic în fata pentru a ne exprima acordul şi îl mişcăm lateral de la stânga la dreapta pentru a ne exprima dezacordul. Un orator care îşi priveşte auditoriul va putea identifica, fără prea mare efort, persoanele care sunt de acord cu el, urmărind doar mişcările capului lor. De asemenea, mişcări mai mult sau mai puţin discrete ne informează, relativ uşor, dacă persoana este relaxată sau neliniştită, dacă doreşte să ne spună ceva sau nu etc. Un terapeut experimentat va recunoaşte cu uşurinţă indicatorii ideomotori ai intrării în transă: imobilitatea corpului, relaxarea muşchilor faciali, aspectul moleşit al faciesului, privirea fixă, încetinirea respiraţiei/pulsului şi a reflexelor de clipire şi înghiţire.

Stimularea răspunsurilor ideomotorii este întâlnită în majoritatea inducţiilor; acestea se manifestă cu atât mai evident cu cât gradul de disociere al pacientului este mai intens.

M. Erickson a utilizat răspunsurile ideomotorii nu numai pentru inducţia transei, ci şi ca modalitate de comunicare cu inconştientul subiectului. El prezintă această tehnică in studiul său *Historical note on the hand levitation and other ideomotor techniques* (1961). Subiectului i se explică faptul că un răspuns afirmativ sau negativ poate fi dat printr-o simplă aplecare sau clătinare a capului. De asemenea, i se spune că acest răspuns poate fi dat independent atât de conştientul cât şi de inconştientul său, dar că

răspunsurile date de cele două instanţe nu trebuie să fie în acord unul cu celălalt. Această informaţie este urmată de o întrebare care solicită un răspuns independent de ceea ce subiectul poate gândi conştient. Această întrebare este: „Inconştientul tău crede că vei învăţa să intri în transă?". După ce i se pune această întrebare subiectului, i se spune să aştepte liniştit şi pasiv răspunsul manifestat prin mişcări ale capului care vor constitui răspunsul „inconştientului" său. Un răspuns rapid şi evident semnifică o replică a minţii sale conştiente. O mişcare uşoară, subtilă, uneori neperceptă de subiect este răspunsul direct al inconştientului său. O dată cu aceste răspunsuri se dezvoltă o stare cataleptică

şi transa se instalează rapid. Se poate, de asemenea, sugera că levitaţia unui braţ semnifică răspunsul „da", levitaţia celuilalt - „nu", levitaţia ambelor - „nu ştiu" - şi subiectului i se adresează o întrebare asemănătoare celei prezentate mai sus. Dezvoltarea transei se produce simultan cu dezvoltarea levitaţiei, indiferent de semnificaţia răspunsului (Erickson, 1961, pp. 198-199).

M. Erickson utiliza în mod frecvent mişcările naturale şi automate ale pacientului în timp ce discuta cu acesta, deoarece considera că ele au o valoare metacomunicativă deosebită. De pildă, mişcările capului şi mâinilor, clipitul ochilor (rapid sau lent). schimbările de poziţie ale corpului, mişcarea picioarelor, poziţia mâinilor („deschisă" sau „închisă"), umezirea buzelor, nodurile din gât, indicatori faciali, cum ar fi încruntarea şi încordarea gurii şi a maxilarului, pol fi studiate pentru a fi comparate cu ceea ce pacientul a exprimat verbal.

înaintea lui M. Erickson, semnalizarea ideomotorie în timpul transei a fost utilizată de LeCron (1954). Pacientului hipnotizat i se spune că poate răspunde ridicând sau mişcând degetul arătător drept pcnlru a indica răspunsul „da", iar degetul arătător stâng pentru răspunsul „nu"; răspunsul „nu ştiu" va fi semnalizat prin ridicarea degetului mare drept. Dacă întrebarea este una la care inconştientul nu doreşte să răspundă - se va mişca degetul mare stâng. Falsificarea răspunsurilor prin mişcări conştiente ale degetelor poate fi semnalizată de către inconştient prin ridicarea unei mâini; pacientul va fi anunţat că, în astfel de situaţii, una din mâini se va ridica fără ca el să fie conştient că a tăcut o astfel de mişcare.

Experienţa personală în utilizarea semnalizării ideomotorii evidenţiază faptul că instrucţiunile pe care Ie dăm pacienţilor în limpul transei trebuie să fie cât mai simple cu
putinţă pentru a nu activa o prelucrare raţională a siluaţiei - caz în care aceştia ar putea ieşi din transă; de asemenea, atunci când spunem „degelul arătător stâng", „degetul arătător drept",., este bine să alingem degetele respective, facilitând astfel recepţionarea mesajului fără activarea instanţelor raţionale, cate ar trebui să diferenţieze între „stânga" şi „dreapta", între degetul arătător şi celelalte degete etc.

în timpul inducţiei, sau pe durata transei sugestiile orientate spre stimularea răspunsurilor ideomotorii pot lua diverse forme:

- sugestii directe:

„pe măsura ce corpul tău se relaxează... capul tău începe să se aplece uşor In fată...

parcă într-un semn de aprobare a tot ceea ce se întâmplă cu tine acum... ".

- sugestii indirecte:

„nu cred că mintea ta conştientă va şti ceea ce inconştientul tău ştie deja

despre acest eveniment până când degetul tău arătător drept nu se va ridica... ".

Uneori sugestiile indirecte pot lua forma truismelor:

„ Când suntem obosifi, ochii noştri încep să clipească lent şi, uneori, se închidfără ca noi să ne dăm seama...".

O inducţie hipnotică bazată pe stimularea şi utilizarea semnalizării ideomotorii este prezentată în Anexa 5.

2.2. Răspunsurile idcosenzorialc

Răspunsurile ideosenzoriale sunt expresia trăirii automate a senzaţiilor asociate procesului de prelucrare a sugestiilor. Ele au la bază memoria senzaţiilor trăite în situaţii reale. Dacă cineva ne descrie în detaliu o portocală, gestul introducerii unei bucăţi zemoase de portocală în gură... vom trăi intens gustul portocalei şi vom saliva doar dacă în trecut am mâncat realmente portocale. Fără aceste experienţe anterioare, cuvintele nu ar putea condiţiona apariţia senzaţiilor corespunzătoare.

Răspunsurile ideosenzoriale pot să apară în orice parte a corpului şi pot fi trăite în diferite forme: căldură, răceală, greutate, furnicături, înţepături etc. Semnalizarea ideosenzorială poate fi folosită de pacient pentru autocunoaştere, dar este posibil ca aceste semnale să nu fie transmise totdeauna terapeutului.

Semnalizarea ideosenzorială poate fi înţeleasă ca o staţie intermediară în procesul de comunicare. Răspunsurile ideosenzoriale pot fi primele semnale somatice care vin de la nivel inconştient. O dată identificate, ele ajută individul să devină conştient de ceea ce este pe cale să atingă nivelul conştiinţei. Aceste semnale ajută indivizii să recunoască faptul că se petrece ceva important, chiar dacă nu ştiu exact ce anume. Astfel, persoana îşi va oferi un răgaz, devenind receptivă la noi emoţii şi gânduri care solicită atenţie. Observăm astfel cum semnalizarea ideosenzorială interacţionează cu emoţiile şi răspunsurile psihosomatice. De pildă, toţi indicatorii somatici ai anxietăţii pot fi consideraţi ca forme ale semnalizării ideosenzoriale. înroşirea feţei este un răspuns ideosenzorial paradoxal care semnalizează altora, apoi sinelui.

Răspunsurile ideosenzoriale pot fi obţinute prin sugestii directe şi indirecte:

„... continuă să pătrunzi în interiorul tău şi să simţi senzaţiile de la nivelulfeţei. Cunoaştem cu talii căldura care ne cuprinde faţa si alte părţi ale corpului când ne înroşim de emoţie. Şi acum nu poţi şti exact de ce, dar inconştientul tău ştie de ce simţi această căldură..."
(Erickson, 1981. p. 138).

„... Sunt persoane care trăiesc starea de relaxare ca o senzaţie plăcută de greutate..., altele ca o senzaţie de amorţeala uşoară şi plutire... altele ca şi cum sunt cuprinse de o senzaţie plăcută de căldură care difuzează treptat în întregul corp... Descoperăfelul în care corpul tău trăieşte starea de relaxare...".

2.3. Răspunsurile ideoafective

Răspunsurile ideoafective sunt răspunsuri emoţionale automate asociate diverselor experienţe trăite de fiecare persoană. Răspunsurile emoţionale ale oamenilor la situaţiile pe care le trăiesc sunt diverse şi au grade diferite de intensitate. Practic, este foarte greu, dacă nu chiar imposibil, sa rămânem neutri şi complet indiferenţi afectiv în raport cu situaţiile şi obiectele cu care venim în contact. De aceea, pe măsură ce pacientul trăieşte sugestiile clinicianului, diferitele emoţii asociate conţinutului sugestiilor apar la suprafaţă, sunt retrăite.

Pot apărea sentimente şi emoţii negative - teamă, culpabilitate, disperare etc, dar şi sentimente pozitive : plăcere, bucurie, orgoliu etc.

într-o manieră specifică, răspunsurile ideoafective pot fi stimulate prin sugestii precum:

„... pe măsură ce te vezi din ce în ce mai clar într-o scenă din copilăria ta..., po[i observa

emoţiile pe care această imagine le provoacă în tine...";

.....cunoaştem cu toţii experienţa plăcută de a zâmbi unor amintiri care ne vin pe neaşteptate în minte... ",

Răspunsurile ideodinamice sunt, pur şi simplu, elemente componente ale unei experienţe totale. Fiecare experienţă pe care o avem se manifestă la niveluri multiple, fiecare dintre acestea adăugându-se într-o manieră particulară şi complementară experienţei noastre trăite în totalitatea sa. Stimularea răspunsurilor ideodinamice în timpul transei este importantă cel puţin din două motive:

- ele reflectă experienţa internă a pacientului la nivelurile unde terapeutul poate provoca schimbarea;
- ele sunt parte a experienţei terapeutice şi tocmai acţiunile, emoţiile si senzaţiile trăite în timpul terapiei vor fi baza schimbărilor viitoare pe care le doreşte clientul.

Răspunsurile ideodinamice fac din terapie o „experienţă emoţională corectivă".

3. Modificările mnezice

Modificările mnezice sunt considerate de mult timp ca fiind unul dintre elementele componente importante ale transei hipnotice. Dintre acestea, *amnezia* este fenomenul cel mai frecvent; de asemenea, reamintirea unor evenimente uitate, fenomen asociat regresiei de vârstă, precum şi o serie de modificări mnezice care pot fi grupate sub numele de „disociaţii mnezice" - sunt şi ele întâlnite în timpul transei şi sunt utilizate în diverse scenarii terapeutice.

3.1. Amnezia

Amnezia reprezintă o „pierdere a memoriei, marcată îndeosebi de imposibilitatea de a-şi aminti experienţe din trecut atunci când se încearcă evocarea lor" (Larousse - *Dicţionar de psihiatrie,* 1998, p. 44). Conştiinţa noastră are o capacitate scăzută de prelucrare simultană a informaţiilor - doar 7±2 biţi. De aceea, o bună parte din informaţiile pe care le-am acumulat în timpul vieţii sunt stocate în stratul profund şi inconştient al psihismului nostru. Chiar acumularea de informaţii se poate realiza la nivel inconştient - se vorbeşt. despre „memorie implicită", „învăţare implicită". Până în momentul în care citiţi aceste rânduri nu v-aţi gândit probabil la prima zi de şcoală din clasa I. Amintirile legate de această zi se află totuşi în inconştientul dumneavoastră până în momentul în care le aduceţi în câmpul conştiinţei. Nu toate amintirile pot fi aduse uşor în câmpul conştiinţei, altele sunt chiar imposibil de conştientizat. Unele experienţe superficiale nu au fost integrate în memoria de lungă durată, altele, neavând o semnificaţie personală, pur şi simplu nu au fost memorate, în timp ce altele cu semnificaţii anxiogene şi care ameninţau serios echilibrul nostru psihologic au fost puternic reprimate pentru a ne proteja de ele. De altfel, „reprimarea" (refularea) este unul din mecanismele de apărare psihologică prin care se instalează o amnezie cu scop proiectiv. Unele amintiri sunt atât de puternic reprimate, încât sunt extrem de greu, dacă nu chiar imposibil de reactualizat.

în viaţa cotidiană găsim fără prea mare efort exemple de amnezii. Nici nu am ieşit

bine din casă şi ne întrebăm dacă am stins lumina sau dacă am închis uşa, uităm numere

de telefon importante, datele unor întâlniri etc.. Zicala „a uita de Ia mână până ta gură" exprimă plastic astfel de situaţii.

Toate aceste amnezii sunt motivate într-o manieră inconştientă şi au ca principală funcţie asigurarea echilibrului nostru psihologic. Psihanaliza clasică este un proces îndelungat de recuperare a amintirilor reprimate, îndeosebi a celor din prima copilărie, şi aducerea lor în câmpul conştiinţei sub forma unor clarificări sau „ insight "-uri. Dacă psihanaliza şi terapiile derivate din acestea fac din *insight* un moment decisiv al schimbării terapeutice, deoarece atribuie conştiinţei cel mai important rol în procesul adaptării, hipnoterapeuţii accentuează potenţialul pozitiv al inconştientului - privit ca rezervor de resurse - şi de aceea recurg la amnezie ori de câte ori este posibil. Când inconştientul asimilează noi informaţii semnificative în raport cu cele existente deja sau în raport cu motivaţiile profunde ale pacientului, atunci acesta se poate angaja în schimbări generate inconştient.

M. Erickson a afirmat deseori că inconştientul este cea mai puternică instanţă a personalităţii noastre în generarea schimbărilor şi, de aceea, dacă inconştientului pacientului i se furnizează o informaţie adecvată în acord cu cadrul intern de referinţă al acestuia şi interferând cât mai puţin cu mintea conştientă, atunci inconştientul va genera rapid schimbări durabile. In consecinţă, M. Erickson a dezvoltat o serie de tehnici pentru facilitarea amneziei cu scopul de a stimula schimbarea la un nivel inconştient. Amnezia permite achiziţiilor, învăţărilor inconştiente să nu fie supuse limitărilor conştiente (Erickson *et al.,* 1976, p. 290). Inducând clientului *o* amnezie a diverselor sugestii şi experienţe furnizate în timpul transei, permitem inconştientului acestuia să construiască într-o manieră creativă răspunsul său unic la problema sa unică. Atunci când atmgem un obiectiv utilizând o anumită cale, această experienţă va bloca accesul în câmpul conştiinţei tuturor celorlalte alternative concurente posibile. De aceea, inducând amnezia unor experienţe, permitem inconştientului posibilitatea de a explora mult mai multe alternative decât ar fi făcut-o mintea sa conştientă.

Dar amnezia poate fi utilizată şi pentru represarea unor amintiri neplăcute, traumatizante. în astfel de cazuri, nu se sugerează dispariţia definitivă a amintirilor traumatizante, ci „depozitarea lor într-un loc sigur... de unde nu mai pot influenţa viaţa zilnică" a pacientului (Yapko, 1990, p. 269). Astfel de sugestii sunt mai uşor acceptate dacă s-a realizat deja o anume scădere a potenţialului lor traumatizant prin *calkarsis,* analiză etc. In astfel de cazuri, se poate sugera şi o disociere mnezică între eveniment şi efect (a se vedea disociaţiile mnezice).

Deşi amnezia este asociată frecvent transei profunde, ea nu este totuşi un fenomen spontan, automat. Sunt persoane care îşi diminuează anxietatea şi-şi alimentează un anume sentiment de autocontrol, memorând tot ce li se întâmplă. In astfel de cazuri, inducerea amneziei este foarte dificilă, dacă nu chiar imposibilă. Unii pacienţi mi-au relatat chiar faptul că sugestiile de amnezie i-au determinat să se concentreze şi mai mult asupra informaţiilor ce trebuia uitate şi, prin urmare, să le memoreze mai bine!

Amnezia trebuie pusă în relaţie cu motivaţia clientului, cu credinţele lui

despre hipnoză - care pot acţiona ca sugestii implicite - cu calitatea relaţiei stabilite cu terapeutul, cu calitatea sugestiilor utilizate etc. Oricum, clinicianul are responsabilitatea alegerii experienţelor, faptelor ce vor face obiectul sugestiilor de amnezie şi trebuie să fie conştient deopotrivă atât de efectele benefice ale acestor sugestii, cât şi de posibilitatea de a influenţa clientul într-o manieră nedorită.

De cele mai multe ori, *sugestiile directe* privind amnezia au un efect anxiogen. De aceea, în cazul în care amnezia este abordată într-o manieră directă, sugestiile trebuie formulate cât mai permisiv:

„Poţi alege să uiţi această experienţă care, oricum, nu va mai face parte din viaţa ta mult timp...".

Abordarea indirectă se poate realiza fie prin sugestii indirecte, fie prin comutarea atenţiei, fie prin inducerea unei stări confuzive.

Exemplul care urmează ilustrează utilizarea sugestiilor indirecte pentru inducerea amneziei:

„... şi pe măsură ce te relaxezi, fiecare respiraţie te linişteşte din ce în ce meii mult... Sunt curios să ştiu câtă atenţie ai acordai gândurilor care fi-au trecut prin minte... mintea ta poate fi atât de activă în timp ce se relaxează... şi apoi să-ţi dai seama cât de dificil este să-ţi aminteşti ceea ceţi-am spus cu exact şapte minute înainte... şi ai putea încerca să-ţi aminteşti ce ţi-am spus cu nouă minute înainte sau ceea ce tu însuţi ai gândii cu patru minute înainte, dor ţi se pare prea mult efort să încerci să-ţi aminteşti... îţi ia mai mult efort decât merită... şi de ce să nu te cufunzi in relaxarea plăcută... ştiind că nu trebuie să-fi aminteşti, din moment ce ar trebui să faci prea mult efort...".

Sugestia conţinută în mesajul anterior este indirectă, deoarece nu se specifică exact că subiectul trebuie să uite ceva, ci sunt menţionate doar dificultăţile rememorării. Sugestia:

. . . . Poţi să-ţi aminteşti din experienţa pe care o trăieşti acum doar ceea ce vei alege sâ-fi aminteşti"

are şi ea un caracter indirect, pentru că a alege să-ţi aminteşti ceva implică faptul că ceea ce nu alegem să ne amintim poate fi uitat.

în ceea ce priveşte *procedeul comutării atenţiei* pentru inducerea amneziei, acesta poate fi uşor înţeles, dacă facem apel la amneziile care se instalează spontan în interacţiunile verbale cotidiene. Dacă dorim să spunem cuiva ceva şi facem o paranteză mai lungă sau suntem întrerupţi de intervenţii ale interlocutorului care durează ceva mai mult, există riscul să uităm ce doream să spunem. De câte ori nu am uitat ceea ce cu câteva momente înainte aveam „pe vârful limbii". Făcând o comparaţie cu discul de patefon, întreruperile de care am amintit parcă ne comută dintr-o dată pe o altă pistă. Avem acum o imagine mai plastică despre transferul informaţiilor în dublu sens între conştient şi inconştient.

Aplicând acest procedeu pentru inducerea amneziei, terapeutul, imediat după scoaterea pacientului din transă, va angaja cu acesta o discuţie total irelevantă pentru tot ceea ce s-a petrecut înainte (de pildă, despre rezultatele unor investigaţii psihologice anterioare, despre felul în care a ajuns la cabinetul de psihoterapie etc). încurajând clientul să realizeze un discurs logic despre cu lotul altceva decât ceea ce s-a petrecut în timpul transei, experienţele hipnotice vor scăpa de analiza raţională a acestuia şi vor fi mai uşor integrate la nivel inconştient.

Un procedeu asemănător este procedeul utilizat de M. Erickson pentru inducerea *amneziei structurate.* Amnezia structurată îşi propune să întrerupă firul asociativ al

amintirilor referitoare Ia experienţele trăite în timpul transei. Aplicând acest procedeu, terapeutul pronunţă una sau mai multe fraze la începutul şedinţei, pe care le repetă în aceeaşi formă în momentul în care subiectul iese din transă. Pacientul care a trăit de două ori acelaşi moment va avea tendinţa să le confunde, considerând eă a trăit de fapt un singur eveniment. Timpul scurs între cele două momente este pus „între paranteze". Se întâmplă ca atunci când, dacă nu povestim imediat după ce ne-am trezit ce anume am visat, uităm visul sau ni-l reamintim vag, lacunar...

Exemplu: înaintea începerii şedinţei de hipnoză terapeutul întreabă:

„... ai dureri de. cap care nu sunt foarte frecvente, vrei sâ repeţi puţin..." (pacienta se lansează într-o descriere a durerii sale de cap).

Imediat după ieşirea din transă terapeutul continua:

„... deci poţi să-mi povesteşti puţin... cu ce seamănă durerile de cap pe care le ai uneori ? Dacă ar fi să le descrii cu ajutorul unei imagini..." (cf. J. Godin, 1992, pp. 351-361).

Confuzia poate fi utilizată atât pentru inducerea transei, cât şi pentru producerea multor fenomene intra-hipnotice, inclusiv pentru producerea amneziei. într-o situaţie confuzivă, pacientul va avea tendinţa de a se concentra, încercând să pună ordine în ceea ce i se oferă sau i se cere. Şi cu cât această căutare de sens esie mai intensă, cu atât atenţia lui va fi mai mult distrasă de la experienţele trăite anterior, fapt care favorizează amnezia acestora:

. . . . gi acum ai ocazia de a descoperi noi posibilităţi..., în timp ce poţi învăţa din experienţele trecute... mintea ta conştientă poate începe să se întrebe... cum ştie ea ce anume să-şi reamintească... şi care anume lucruri este nevoie să fie cunoscute doar de inconştientul tău... şi apoi îţi poţi aminti... sâ uiţi... sau poţi alege să uiţi să-ţi aminteşti... dar când îţi aminteşti să uiţi ceea ce ai uitat să-ţi aminteşti... amintirea uitărilor uitate care a fost uitată... dar tu poţi să uiţi doar ceea ce ai uitat când fi-ai dat seama că oricum este prea dificil să-ţi aminteşti... şi apoi tu poţi uita orice confuzie şi să te relaxezi din ce în ce mai profund... ".

3.2. Disociaţiile mnezice

Este posibil să sugerăm unui pacient în stare de transă că poate disocia o amintire în două părţi: evenimentul şi emoţia care îi este asociată. Erickson citează cazul unui subiect care a regăsit în acest mod întreaga plăcere provocată de o glumă, fără să-şi amintească gluma ca atare. De asemenea, în cazul în care facem ipoteza că pacientul nostru a trăit in perioada copilăriei un traumatism care a provocat o fobie, acesta ar putea fi rememorat in timpul transei doar sub aspect emoţional.

Exemplu de sugestie disociativă:

„ Capacitatea la de a-ţi aminti este completată de capacitata ta de a uita... căci nu putem să ne amintim decât ceea ce am uitat... şi când gândurile tale vor rememora situaţia, sentimentele şi emoţiile tale pot uita să se afle acolo, pentru că ele îşi. amintesc de un alt loc, care are o mai mare importanţă... ".

3.3. Hipermnezia

Rememorarea faptelor şi evenimentelor trecute, mai ales în cazul în care acestea pot fi asociate unor traumatisme afective a devenit o procedură terapeutică curentă. Erickson a utilizat hipermnezia în timpul transei hipnotice, considerând, în acelaşi timp, că amintirile reactualizate în transă nu trebuie neapărat să ajungă la nivel conştient (conform principiului ericksonian „inconştientul poate rămâne inconştient"). In timpul regresiilor de vârstă, hipermnezia permite subiectului să retrăiască episoade anterioare ale existenţei sale.

Hipermnezia hipnotică a condus mulţi cercetători să afirme că hipnoza oferă un foarte bun context de intervievare a martorilor din cadrul proceselor judiciare (A. Bertone, M. Melen, J. Py, A. Somat, 1995). Totuşi, „diminuarea pragului de decizie privind informaţiile furnizate de subiectul hipnotizat provoacă [...} o creştere importantă a elementelor noi (din conţinutul mărturiei - n.n.) în acelaşi timp *reale şi fictive* (subl. n.)". Am putea spune că cercetările din acest domeniu demonstrează convingător că hipnoza nu ajută individul să transceandă propriile limite, ci să valorifice la maximum resursele de care dispune. Astfel, performanţe asemănătoare hipnozei în domeniul mărturiei au fost obţinute şi prin tehnici cognitive de recontextualizare.

4. Distorsiunea timpului

Interesul pentru timp şi utilizarea lui terapeutică a fost relativ tardiv în cercetările ştiinţifice asupra transei hipnotice. Prima lucrare importantă datează din 1948; ea a fost efectuată de Linn F. Cooper căruia i s-a alăturat ulterior (1954) M.H. Erickson. S-a demonstrat că, în stare de hipnoză, subiectul poate trăi subiectiv un timp care, din punctul de vedere al observatorului, se accelerează sau se încetineşte, se dilată sau se contractă. Acest fapt nu este surprinzător, deoarece se ştie cât de uşor poate fi influenţată aprecierea duratei de către stările afective şi activitate; important este faptul că M.H. Erickson a făcut din acest fenomen un instrument psihoterapeutic eficient.

Percepţia timpului este modelată de relaţia interpersonală pacient-terapeut. De aceea, M.H. Erickson utiliza, într-o manieră eficientă terapeutic, pauzele. Pauza ce urmează unei fraze neterminate poate fi un bun mijloc de a face sugestii deschise, „inter- contextuale" (Erickson), sau de a sugera sensuri alternative. In primul caz, o frază neterminată, rămasă deschisă, va activa mecanismele inconştiente de căutare a tuturor sensurilor posibile, va mări gradul de participare şi de libertate a pacientului.

Dar pauza poate fi şi un mijloc de a evoca alte sensuri, implicite, ascunse, prin faptul că evidenţiază cuvântul care îi urmează, modifică echilibrul frazei. într-un exemplu, Erickson spune:

„când visezi noaptea...",

apoi face o pauză pentru a lăsa timp implicaţiilor (sexuale) ale cuvântului „noapte" să se dezvolte (J. Godin, 1992, p. 187). Pauzele favorizează transmiterea unor sugestii într-o manieră indirectă (mai importante sunt deseori lucrurile nespuse!) şi exercită o presiune asupra subiectului, determinându-I să ia iniţiativa.

Accelerarea, condensarea subiectivă a timpului ori dilatarea, expandarea lui are, de asemenea, numeroase utilizări terapeutice. într-un studiu pe această temă, Erickson & Erickson (1958) prezintă mai multe cazuri clinice pentru a exemplifica valenţele terapeutice ale distorsiunii timpului în hipnoză. Dintre acestea, menţionăm cazul unui pacient canceros care suferea de dureri intermitente, incurabile prin chimioterapie. Aceste dureri apăreau la fiecare 10-20 minute şi durau aproximativ 10 minute. Pacientul trăia într-o continuă aşteptare anxioasă a acestor episoade. în timpul hipnozei, el a primit sugestiile posthipnotice următoare:

- instalarea amneziei episoadelor dureroase anterioare;
- intrarea într-o transă hipnotică, imediat ce s-ar instala un episod dureros, fapt ce se producea totdeauna fără indicatori prealabili;
- trăirea acestor episoade ca şi cum ar dura 10-20 secunde.

Rezultatele clinice obţinute cu acest pacient „sugerează posibilitatea utilizării condensării timpului ca măsură clinică a reducerii conştientizării suferinţelor fizice şt psihice" *{op. cit.,* p. 86).

De asemenea, M. Erickson utiliza modificările în percepţia timpului ca mijloc de ratificare (validare) a- transei; cu cât timpul era perceput mai distorsionat, cu atât el putea fi utilizat ca semn al instalării transei. De aceea, de cele mai multe ori, revenirea din transa hipnotică este însoţită de o reorientare a subiectului în cadrul de referinţă spaţio-temporal în care are loc şedinţa de hipnoză.

Pentru facilitarea distorsiunii timpului se pot utiliza sugestii directe şi indirecte. Exemplele care urmează ilustrează câteva modalităţi de abordare directă a distorsiunii timpului:

şi ai senzaţia că a trecut o perioadă lungă de timp... şi că ai beneficiat de multe ore de odihnă si relaxare... ";

o oră ii se poate părea de durata unui minut... si timpul poate trece atât de repede... când fiecare gând trece prin mintea la atât de repede, încât este mai uşor să laşi, pur şi simplu, gândurile tale să treacă repede decât să te opreşti asupra unuia din ele...

.....mintea şi corpul tău aufost atât de ocupate acum... şi este nevoie de atât de mult timp

pentru a face ceea ce ai făcut..., încât ai senzaţia că între timp au trecut ore întregi... ".

Sugestiile indirecte vehiculează, într-o manieră subtilă, ideea că trăirea timpului poate fi modificată. Sugestii indirecte, poveşti care conţin exemple de situaţii în care timpul a fost distorsionat, implicaţii conversaţionale şi duble legături sunt câteva dintre mijloacele utilizate pentru inducerea distorsiunii timpului. Sugestiile care urmează ilustrează toate aceste modalităţi:

„ urmărirea trecerii timpului este aşa de dificilă uneori... şi chiar acum îţi este greu să ştii dacă au trecut cinci minute sau şase minute, şi cum poate cineva să ştie cu adevărat dacă au trecut doar cinci minute şi un sfert sau cinci minute şi jumătate... sau cinci minute şi şase optimi sau cinci minute şi şapte optimi... " (sugestie indirectă pentru dilatarea

timpului);

„... am avut pacienţi care, aşezându-se în fotoliul pe care stai... şi relaxându-se profund ascultându-mi vocea... au uitat să observe trecerea timpului... şi, pe măsură ce relaxarea a continuat să atingă nivele din ce în ce mai profunde... li s-a părut că au trăit ore întregi de confort şi linişte... şi s-au simţit foarte bine... mult timp după aceea... " (abordare metaforică);

„... şi te-ai simţit aşa de confortabil stând în acest fotoliu şi ascultându-mă... nu-i aşa ? Foarte bine... şi nu-ti este uşor să ştii cât timp... mult timp... a trecut... nu-i aşa ? " (implicaţii conversaţionale);

.... si acum mă întreb dacă î{i dai seama cât de scurta afo. it această perioadă de timp... si ai putea ghici dacă ai dori... vrei să spui. că au trecui doar cinci minute sau... zece ? " (alegere forjată, care orientează persoana spre un anumit interval de timp).

5. Regresia şi progresia de vârstă

Pentru mulţi autori ai secolului trecut, regresia era un sinonim al transei hipnotice. Acest concept a trecut apoi în discursul psihanalitic, unde a căpătat sensuri particulare.

Având în vedere că mulţi dintre teoreticienii hipnozei utilizează termenul de regresie cu sensuri, uneori, destul de diferite, apelul la sensurile cu care Freud a utilizai acest termen ar putea fi foarte util pentru subiectul analizei noastre.

încă din primele sale lucrări, Freud a identificat două tipuri de regresie psihologică: *„temporală"* şi *„topografică"* - pe care le-a invocat în explicarea unui număr important de manifestări psihologice (vis, manifestări psihopatologice, hipnoză, fenomene clinice evidenţiate în timpul analizei).

Regresia temporală. Freud a afirmat, după cum se ştie, că dezvoltarea psihică conduce individul de la forme şi stadii psihice mai puţin complexe, la forme mai avansate, mai organizate. Freud a considerat că aceste forme vechi rămân intacte şi accesibile. In anumite circumstanţe, aceste stadii primare „devin din nou modul de expresie al forţelor ce se manifestă în plan mintal" (Freud, 1915, *cf.* E. Froinm & M.R. Nash, 1992. p. 159), iar esenţa bolii mintale constă în reîntoarcerea la stadiile primare ale vieţii afective şi ale funcţionării psihice.

Freud a definit în mod explicit hipnoza ca regresie temporală - o reîntoarcere la modul infantil de funcţionare, iar teoreticienii hipnozei au invocat acest concept pentru a explica schimbările aberante în domeniile cognitiv, perceptiv şi comportamental suferite de subiecţii hipnotizaţi.

O exagerare a acestei idei o constituie utilizarea hipnozei în scopul regresiei la identităţi anterioare vieţii prezente (N.P. Spanos *et al.,* 1991) precum şi afirmaţia lui V. Raicov conform căreia, în timpul hipnozei se produce nu numai o regresie psihologică la stadiile infantile ale dezvoltării, ci are loc şi o modificare a structurilor fiziologice, inciusiv la nivelul E.E.G., care ajung să fie similare celor specifice copiilor (V. Raikov, 1990).

Există totuşi numeroase îndoieli printre teoreticienii dezvoltării şi ai domeniului clinic cu privire Ia posibilitatea existenţei regresiei temporale. Ei argumentează că structura psihică a copilului este ireversibil schimbată pe durata procesului dezvoltării; prin urmare, stadiile primare sau modurile infantile de funcţionare pur şi simplu nu mai există pentru a fi regăsite. De asemenea, cercetările, inclusiv din domeniul hipnozei, nu sprijină ideea că psihopatologia adultului este similară sau măcar comparabilă cu fazele normale ale dezvoltării infantile.

Abordând regresia dinlr-o perspectivă *topografică,* Freud consideră că în timpul acesteia are loc o mişcare înapoi, dar în spaţiu mai degrabă decât în timp. „Este vorba de o întoarcere dc-a lungul unor vectori din regiunea structurilor logice ale gândirii la cea a percepţiilor senzoriale", spune Freud (.1905). în acest proces, gândurile tind să se transforme într-o imagerie vizuală. Schimbarea regresivă de la gândire la imagerie esle

în fapt o regresie de Ia o gândire bazată pe procese secundare (logico-analitice) la o gândire bazată pe procese primare (imagistice, hol iste, încărcate afectiv).

Această teorie explică mai bine distorsiunile timpului în transa hipnotică şi intră, de asemenea, şi în acord cu ipoteza asimetriei funcţionale a emisferelor scoarţei cerebrale, des invocată în explicarea transei hipnotice.

De aceea am putea spune că hipnoza este o regresie topografică cu caracter adaptativ, care îi face pe subiecţi să răspundă într-o manieră mai flexibilă şi mai eficientă. Ea îi face pe pacienţi mai liberi, adică mai capabili în a găsi alternative atât în formularea problemelor, cât şi a soluţiilor.

Ideea efectului terapeutic al regresiei topografice o regăsim şi în zicala conform căreia „pentru a sări doi paşi înainte trebuie mai întâi să facem câţiva paşi înapoi".

M. Erickson abordează şi el regresia de vârstă într-o maniera asemănătoare, adică o consideră o realitate psihologică construită în timpul transei, construcţie în care procesele primare ale gândirii de tip simbolic, analogic, imagistic au un rol important. Totuşi, M. Erickson face o deosebire între regresic şi regresie de vârstă. Doar aceasta din urmă se regăseşte în practica terapeutică ericksoniană. Pentru el, regresia corespunde cu ceea ce subiectul, în calitate de adult, imaginează, înţelege sau consideră relevant în perioadele anterioare existenţei sale: „în această formă de regresie, comportamentul subiectului va corespunde unei dramatizări semiconştiente a comprehensiunii sale actuale a unei epoci precedente, şi el se va comporta în maniera care i se va părea cea mai potrivită pentru el, în calitate de copil, la vârsta sugerată" (M. Erickson, *cf.* J.A. Malarcwicz, J. Godin, 1986, p. 51).

în timpul regresiei de vârstă, subiectul retrăieşte efectiv evenimentele corespunzătoare perioadei sugerate fără nici un cadru referenţial. Dacă prezentul nu mai există pentru subiectul care trăieşte o regresie de vârstă, atunci se pune problema controlului acestuia de către terapeut. M. Erickson rezolvă această (aparentă) dificultate în două feluri. O primă tehnică este aceea ca terapeutul să-şi atribuie un rol contemporan situaţiei regresive (de pildă rolurile de profesor, prieten, rudă apropiată etc). O altă tehnică presupune inducerea unui proces disociativ subiectului, sugerându-i că el, ca adult (ancorat în prezent), se vede sau se aude acţionând în situaţia regresivă; acest fapt îi permite adultului să înveţe ceva din experienţa regresivă infantilă (de obicei acest „ceva" indeamnâ la spontaneitate, creativitate, libertate etc).

Regresia de vârstă este implicată în multe experienţe cotidiene şi evocarea lor poate pregăti pacientul pentru trăirea intensă a acestui fenomen în timpul transei. Experienţele trăite atunci când răsfoim un album de fotografii, auzim o melodie veche, ne întâlnim cu un vechi prieten din copilărie şi ne povestim amintiri din perioada respectivă etc, trăind intens stările afective asociate evenimentelor evocate - toate sunt exemple de „regresii de vârstă" spontane.

Pentru inducerea regresiei de vârstă de tip hipnotic, terapeutul poate face apel şi la imaginaţia subiectului. Dacă se utilizează această strategie, se face, de foarte multe ori, apel la imaginarea unui „vehicul special" care

ne transportă în timp (tren, avion, ..maşină a timpului", navă spaţială etc). Exemplul care urmează ilustrează un scenariu de inducţie a regresiei de vârstă prin utilizarea unui „tren al timpului" :

. ... şi acum, când le simţi atât de bine ţi profund relaxat... poţi trăi in pian
imaginar
bucuria de a te sui într-un tren al timpului... Mul/i oameni, când se află în gară, trăiesc intens
dorinţa de a călători, de a trăi experienţe noi sau de a revedea locuri... şi a retr"[1] *experienţe*

petrecute, cu mult timp înainte... Câţi dintre noi nu avem nostalgia unor vacanţe de mult trâite... a unor întâlniri cu mult timp în urmă petrecute... Te afli, acum, într-o gară în care trenurile au însuşirea extraordinară de a călători în timp... şi-ţi poţi oferi, acum, plăcerea de a urca într-un astfel de tren pentru a te întoarce într-un timp care îţi permite să te întâlneşti cu gândurile tale, să trăieşti experienţe, emoţii... trăite cu mult, mult timp în urmă. Te aşezi în acest tren în locul tău preferat, poate aproape de fereastră sau poate nu... şi. pe măsură ce trenul se pune în mişcare, te simţi din ce în ce mai relaxat... profund relaxai... şi începi să trăieşti experienţa întoarcerii în timp... Prezentul rămâne pe peron... şi retrăieşti mai întâi momentele venirii tale aici în acest birou... apoi ziua de ieri... cea de alaltăieri... şi, pe măsură ce trenul prinde viteză... zilele, lunile... anii se condensează... imagini deseori neclare se perindă prin faţa ferestrei... te întrebi unde şi când se va opri trenul în care te afli... Dar inconştientul tău are deja răspunsul... Trenul îşi încetineşte viteza şi apoi se opreşte.., Cobori. ..site afli într-o situaţie importantă pentru tine... eşti acolo... poţi vedea lucrurile, persoanele... retrăieşti senzaţiile, emoţiile şi sentimentele acelui, loc... ale acestui timp şi loc...".

Atunci când terapeutul cunoaşte perioada în care s-a petrecut un eveniment important, el poate orienta pacientul, într-o manieră specifică, spre cadrul temporal respectiv. Am procedat astfel in cazul pacientului M.A., de 18 ani.

Pacientul M.A., în vârstă de 18 ani, elev în clasa a XU-a. Diagnosticul - balbism. „Povestea*' mamei, care a însoţit pacientul la cabinei, situa debutul problemei la vârsta de 7 ani şi-1 atribuia unui eveniment, a cărui responsabilitate şi-o asumase. In adolescenţă, simptomul s-a agravat, fiind inclus într-un cerc vicios ce a condus la deteriorarea imaginii de sine şi a relaţiilor cu colegii, în mod deosebii a celor cu persoanele de sex opus. Pacientul era foarte apropiat de mamă, tatăl, datorită problemelor de serviciu, lipsind de acasă perioade mai lungi.

în prima şedinţă de hipnoză, am procedat la o regresic de vârstă la nivelul vârstei de 7 ani, cu scopul de a clarifica împrejurările în care a apărut simptomul. Regresat la această vârstă. pacientul relatează cu totul alte împrejurări care au declanşat simptomul decât cele asumate de mamă. Acest fapt a avut o influenţă crucială «ssupra terapiei; având în vedere că mama se considera responsabilă de problemele copilului, acesta utiliza simptomul pentru a obţine o seric de „beneficii" din partea mamei care, în lipsa tatălui, de cele mai mulic ori nu „rezista" cererilor, dorinţelor formulate de copil! Din momentul în care nu s-a mai culpabilizat, mama şi-a modificat relaţiile cu copilul şi nu a mai „întărit" simptomul cu beneficiile obişnuite. La acest fapt s-a adăugat remisia simptomului pe durata şedinţei de hipnoză. Aceste noi condiţii au iniţiat un ciclu al schimbării care a condus, pe durata unei terapii de 35 de şedinţe, la dispariţia simptomului.

O altă tehnică de inducere a regresiei de vârstă o reprezintă *dezorientarea temporală,* în care sunt utilizate sugestii confuzive pentru dezorientarea pacientului cu privire la „acum" şi „atunci". Această tehnică poate fi ilustrată cu un exemplu oferit de M. Erickson (1990, pp. 182-183):

„Dumneavoastră toţi, cred, aţi luat un mic dejun în această dimineaţă sau cel puţin aveţi obiceiul de a lua un mic dejun în fiecare dimineaţă. Aţi luat un mic dejun ieri dimineaţă şi speraţi să luaţi un mic dejun mâine dimineaţă. Dar săptămâna trecută aţi luat un mic dejun dimineaţa şi înainte de a. lua un mic dejun săptămâna trecută dimineaţa, aţi cinat seara înainte de aceasta, dar înaintea acestei cine aţi. dejunat, şi, să vedem, săptămâna trecută... să vedem, săptămâna trecută era 6 mai, dar înainte de 6 mai a fost 5 mai şi, desigur, 1 mai

precedă totdeauna 5 mai, dar, desigur, aprilie soseşte întotdeauna înaintea lui mai şi ştiţi, la fel, că aprilie urmează după manie, după cum, la fel, martie urmează lui februarie şi februarie vine după ianuarie, şi Anul Nou, era o zi aşa de fermecătoare, dar desigur, era doar 7zile după Crăciun...".

în această manieră se poate regresa, sugerând când o direcţie când alta, până ce pacienţii devin din ce în ce mai confuzi. Ei aşteaptă să facem o remarcă coerentă, inteligibilă, de care să poată ataşa o semnificaţie comprehensivă. Şi astfel putem încheia demersul sugestiv într-o manieră coerentă, aşa cum a făcut şi M. Erickson în cazul citat:

„Ştiţi, este o zi frumoasă din 1940 fi aceasta-i realitatea!".

Trebuie să menţionăm totuşi că, sub denumirea de regresie de vârstă, hipnoterapeuţii grupează nivele de implicare diferite care merg de la simpla reverie complezentă Ia retrăirea intensă a unor situaţii trecute, ce presupune abandonarea totală a cadrului de referinţă al prezentului. Indiferent de gradul de implicare al subiectului „amintirile astfel retrăite sunt de fapt reconstrucţii efectuate de psihismul nostru actual" (Godin, 1992, p. 220).

Regresia de vârstă este o tehnică frecvent utilizată în „întărirea eului". Regresarea psihologică şi retrăirea benefică a sentimentelor de autocontrol, de respect faţă de sine, de încredere în resursele proprii, pe care pacientul le-a trăit în situaţii anterioare situaţiei problematice, pot avea efecte salutare asupra pacientului; el îşi actualizează o imagine pozitivă şi redescoperă resursele blocate de perspectiva negativă asupra lui şi a situaţiei in care se află (poate vedea acum şi „partea plină a paharului")- Abordarea hipnoanalitică vede in regresia de vârstă o modalitate prin care pacientul poate ajunge la experienţele conflictuale represate, cu posibilitatea de a acţiona asupra acestora în scopul reevaluării lor. Această procedură poate fi repetată de câte ori este necesar pentru ca pacientul să poată retrăi şi reevalua fiecare din exprienţele conflictuale. Rossi şi Check consideră că .fiecare acces este o resemnificare".

Progresia de vârstă - conduce la o realitate psihologică trăită ca desfăşurându-se în viitor. Utilizarea terapeutică a acestui fenomen implică ideea că formulările noastre cu privire la viitor se transformă in „predictii ce se autoîmplincsc".

Ca tehnică hipnoterapeutică, progresia de vârstă are funcţii terapeutice multiple: ie întărire a eului, de integrare a stărilor afective, a aspiraţiilor şi a altor experienţe terapeutice şi este un indicator sensibil privind prognosticul terapiei (M. Philips, C. Frederick, 1992),

Sugestiile privind progresia de vârstă pol fi situate pe un continuum, în funcţie de gradul de participare a terapeutului şi pacientului. La un capăt se situează sugestiile ce orientează pacientul să-şi imagineze trăirea unor experienţe senzoriale sau recepţia unei voci interioare care-i vorbeşte despre posibilităţile viitoare etc. Sugestiile de acest tip pot fi structurate şi direcţionate de terapeut, iar pacientul, mai degrabă un primitor pasiv, le poate îmbogăţi în direcţia stabilită de terapeut. Urmează, apoi, sugestiile în care :erapeutul schiţează doar cadrul general al progresiei, iar pacientul are o mai mare libertate şi

creativitate. Ilustrativă pentru acest tip de sugestie este tehnica „bilei de cristal" a lui M. Erickson, în care pacientului i se cere să se orienteze spre viitor şi să vizualizeze efectele realizate după terminarea terapiei. Acest tip de sugestie poate favoriza indicarea de către pacient, într-o manieră inconştientă, halucinatorie, a datei la care problema sa dispare (a se vedea cazurile clinice prezentate în continuare). Ultimul tip de sugestie pe acest continuum are un caracter indirect şi mai puţin structurat. Pacientul poate iniţia, mai mult sau mai puţin spontan, o progresie, orientându-se, pur şi simplu, spre posibilităţile viitoare.

M.D. Yapko (1990) propune următoarea strategie pentru realizarea unei progresii de vârstă:

1. Inducţie
2. Construirea unui set de răspunsuri
3. Metafore privind viitorul
4. Identificarea resurselor pozitive
5. Identificarea unor contexte viitoare specifice
6. Integrarea resurselor pozitive identificate la punctul 4
7. Repetarea secvenţei comportamentale
8. Generalizarea resurselor pozitive la alte contexte selectate
9. Sugestie post-hipnotică
10. Ieşirea din transă
11. Reorientarea iii starea de veghe.

Desigur, această strategie poate fi adaptată funcţie de pacient şi problemele sale. Ea poate debuta cu orice tip de inducţie, se continuă cu pasul 2 în care terapeutul stabileşte cum anume va comunica cu pacientul în timpu! transei (eventual modalităţi de semnalizare ideomotorie). Pasul 3 presupune oferirea unor metafore privind viitorul (de pildă. schimbările se petrec în cadrul ştiinţelor, în medicină, în societate etc), care orientează indirect pacientul spre schimbări posibile în viitor. în secvenţa 4 sunt identificate resurse specifice la care clientul are acces direct - de pildă inteligenţă, sensibilitate, perseverenţă etc. Pasul 5 presupune identificarea unor situaţii viitoare cu care clientul se va confrunta şj care fac obiectul îngrijorării acestuia. Pasul 6 implică asocierea resurselor existente ale clientului cu contextele viitoare probabile în care ele ar putea fi de ajutor. Pasul 7 furnizează ocazia unei „repetiţii a secvenţei comportamentale viitoare ca şi cum s-ar petrece în prezent". Pasul 8 furnizează şansa de a identifica alte câteva contexte în care această nouă manifestare a resurselor ar putea fi utilă. Pasul 9 implică sugestii specifice pentru utilizarea deprinderilor dobândite în orice context în care s-ar dovedi utile. Pasul 10 pune capăt centrării pe viitor şi ancorează clientul în contextul prezent. Pasul final îl constituie terminarea hipnozei şi reorientarea clientului în starea de veghe.

Cazul clinic următor ilustrează virtuţile terapeutice ale progresiei şi regresiei de vârstă atunci când sunt incluse în abordări terapeutice adecvate.

Pacienta A.I., în vârstă de 25 ani, solicită asistenţă psihoterapeutică pentru tulburări severe de alimentaţie. Diagnosticul, validat şi de o consultaţie psihiatrică, a fost de anorexie mintală §i thanatol'obie, cu evoluue atipică. Anamneză evidenţiază următoarele aspecte semnificative:

- a crescut într-o familie caracterizată prin relaţii conflictualc frecvente;
- din adolescenţă a manifestat o creştere ponderală exagerată pe care a încercat să şi-o controleze cu ajutorul unei diete stricte;
- imaginea de sine s-a deteriorat în timpul facultăţii atât din cauza aspectului fizic, cât si ca urmare a repetenţiei (deşi în raporturile cu familia afişa imaginea unei studente bune);
- devine studentă la o altă facultate;
- cu aproape un an înainte de solicitarea ajutorului terapeutic i-a murit mama - eveniment cu mare încărcătură psihogenă.

In momentul solicitării intervenţiei psihoterapeutice, pacienta era însărcinată în luna a doua, iar medicul curant o anunţase că, în cazul în care continuă să nu se hrănească, pune în pericol viaţa copilului.

Care era „povestea" pacientei în legătură cu simptomul? Ea povesteşte că la vârsta de 10 ani, în timp ce mânca, s-a înecat cu o firimitură de pâine şi a leşinat. De atunci a rămas cu teama că, dacă înghite alimente solide, se poate îneca s< muri. Decesul mamei a actualizat aceasta teamă de moarte şi a declanşat boala sa. De atunci mănâncă foarte puţin, şi doar alimente lichide.

Insă evoluţia bolii nu confirmă povestea pacientei, ci mai degrabă funcţiile psihologice ale simptomului. Practic, ea se afla într-o stare de anorexie de câţiva ani.

Pacienta trăia intens imaginea negativă a aspectului său fizic. In momentul în care imaginea de sine a fost ameninţată de performanţele şcolare slabe, toate resursele psihologice au fost orientate asupra singurului element al acesteia ce părea mai controlabil - greutatea corporală. Practic, pacienta a interiorizat puternic una din comenzile pe care şi le mai dăduse: „Nu mânca!".

Plasarea debutului simptomului la moartea mamei exprimă aceeaşi tendinţă inconştientă de reabilitare a imaginii de sine; scăderea în greutate devenea semnul suferinţei, devotamentului şi sensibilităţii. în plus, această suferinţă avea şi scopul de a ţine lângă ca pe tatăl copilului încă nenăscut şi cu care urma să se căsătorească. Când simptomul ar fi putut pune în pericol relaţia cu viitorul soţ, acesta a fost „suspendat" temporar.

Şedinţa de psihoterapie s-a centrat, pe de o parte, asupra reabilitării imaginii de sine, pe de altă parte, asupra eliminării simptomului. Astfel, înaintea inducerii hipnozei, am valorizat în mod explicit capacitatea de decizie şi autocontrol a pacientei, care i-a permis să renunţe la prima facultate şi să dea examen de admitere la alta, să aibă un copil în condiţii particulare, să-şi controleze chiar simptomul în situaţii deosebite ctc.

I-am spus pacientei că ca a interiorizat la nivel inconştient interdicţia de a mânca - formulată încă de când încerca în mod voluntar să slăbească şi că, în hipnoză, printr-un procedeu de regresie în timp, vom anula această interdicţie. Pentru a ilustra acest mecanism i-am amintit acţiunea filmului *Fenomenul Philadelphia,* în care unul din croi realizează o întoarcere în timp pentru a anula un program de la pupitrul de comandă al unui vapor ce fusese deplasat în viitor.

Demersul hipnoterapeutic utilizat a fost, în general, unul de tip ericksonian. Pentru induciie, am utilizat tehnica levitaţici braţului, asociată cu sugestia că ridicarea braţului este însoţită de regresia de vârstă într-un moment în care problema nu mai există. După confirmarea ideo- dinamică (mişcarea degetului arătător) a acestei regresii, i-am spus pacientei că, după ce s-a născut, a ştiut să se hrănească fără să o fi învăţat nimeni şi că, prin urmare, corpul său ştie ce are de făcut pentru a se hrăni; apoi, ritual izând, am rugat-o să repete de trei ori sugestia:

„Corpul meu ştie ce are de făcut pentru hrănirea mea fi a copilului meu!

Pentru a împiedica actualizarea ideii creşterii în greutate, am formulat următoarea sugestie directă, pe care pacienta a pronunţat-o de trei ori: „Nimic nu mă împiedică să mănânc orice, important este să mănânc puţin! ". In timpul hipnozei, am utilizat o poveste terapeutică ce vehicula metaforic ideea că, pentru rezolvarea problemelor, cel mai important lucru este să încerci să le rezolvi! Pentru introducerea poveştii, am utilizat formula propusă de J.A. Malarewicz :

„Voi spune această poveste fetiţei care este în tine...".

Ceea ce este interesant este faptul că pacienta a interpretat această metaforă *ad litteram* - anume, că această poveste este destinată copilului încă nenăscut.' Ideea că acesta, la fel de interesat ca şi mama lui în rezolvarea problemei, o va

ajuta în găsirea soluţiei, a avut o valoare terapeutică incontestabilă.

Pentru a verifica în ce măsură pacienta îşi construieşte viitorul cu sau fără simptom, am asociat coborârea braţului cu progresia de vârstă într-un viitor foarte apropiat. După ce am obţinut confirmarea ideodinamică a acestei progresii, am identificat că viitorul în care se plasase pacienta se afla la o distanţă de trei zile de momentul în care se desfăşura terapia. După această unică şedinţă de terapie, dispariţia simptomului mi-a fost confirmată după trei zile!

Urmărirea ulterioară a pacientei a evidenţiat reapariţia, pe termene foarte scurte şi într-o formă atenuată, a simptomului. Aceste perioade au fost depăşite relativ uşor. Pacienta a avut o sarcină normală şi a născut un copil sănătos.

6. Halucinaţiile si modificările senzoriale

De cele mai multe ori suntem contrariaţi când, în viaţa noastră de zi cu zi, întâlnim oameni care au diverse experienţe pe care noi nu !e avem, văd ceea ce noi nu vedem, aud ceea ce noi nu auzim... Actorul de comedie L. Tomlin se întreabă: „De ce atunci când eu vorbesc cu Dumnezeu mă rog, iar când Dumnezeu vorbeşte cu mine sunt schizofrenic?" *(cf.* M. Yapko, 1990, p. 289). Halucinaţia este o realitate subiectivă care este acceptată de persoana care o trăieşte ca realitate obiectivă. Ca manifestare psihopatologică ea este, de cele mai multe ori, o proiecţie a inconştientului pacienţilor psihotici. Halucinaţiile create în timpul transei hipnotice sunt experienţe sugerate, pe care subiectul le poate trăi ca fiind diferite de realitatea curentă, mai obiectivă.

Dacă definim halucinaţiile, pur şi simplu, ca experienţe senzoriale care nu-şi au originea în stimulări externe - atunci putem lesne observa că putem avea halucinaţii în cadrul tuturor celor cinci analizatori: văz, auz, miros, gust, tact. Halucinaţiile pot fi pozitive - când trăim experienţe senzoriale care nu sunt determinate de slimuli externi, şi negative - când nu trăim experienţele senzoriale obişnuite, deşi suntem stimulaţi obiectiv în acest sens.

în viaţa de zi cu zi trăim frecvent halucinaţii pozitive şi negative: simţim intens gustul mâncării de care ne este poftă, simţim o mâncărime pe întreg corpul, atunci când descoperim o insectă pe o anumită zonă a corpului, auzim pe cineva care ne strigă, deşi nu este nimeni în jurul nostru - de câte ori, cufundaţi în ceea ce lucrăm, nu ne întoarcem spre colegul nostru întrebându-1 „ai spus ceva?" şi suntem miraţi când ni se răspunde negativ (halucinaţii pozitive) ; sau nu auzim soneria de la intrarea în apartament ori pe cineva care vorbeşte lângă noi - fiind absorbiţi de cititul unei cărţi, vizionarea emisiunii preferate la televizor (halucinaţii negative).

Modificările senzoriale şi halucinaţiile sunt de lăpt termeni care definesc aceeaşi realitate psihologică. Pentru a facilita halucinaţiile, terapeutul trebuie să modifice capacitatea de recepţie senzorială a clientului. Pentru ca halucinaţiile să apară, unul sau mai multe din simţurile clientului vor fi făcute mai mult sau mai puţin sensibile, funcţie de rezultatul dorit.

Halucinaţiile pot fi utilizate în scop terapeutic pentru a introduce clientul într-o situaţie care nu poate fi reprodusă în „realitatea" obiectivă. Conducând pacientul într-o situaţie în care se poate

descoperi pe el însuşi sau lumea în care se află dintr-o perspectivă cu totul nouă, putem, în mod evident, să multiplicăm experienţele sale şi putem astfel să-1 provocăm la descoperirea şi integrarea de noi resurse. Când cineva halucinează intens detaliile unei experienţe, realitatea sugerată poale deveni la fel de puternică şi reală ca şi viaţa reală. Astfel, clientul poate auzi cuvinte care i-au lipsit, să vadă oameni şi locuri pe care de mult dorea să le (re)vadă, să trăiască sentimente şi emoţii pe care nu le-a trăit niciodată pentru că viaţa „reală" nu i-a oferit această ocazie. Halucinaţiile sugerate în timpul transei oferă clientului experienţe care contribuie la creşterea şi dezvoltarea sa personală.

In timpul transei este posibil ca halucinaţiile sa apară spontan. Halucinarea negativă a propriului corp ori a vocii terapeutului sunt experienţe frecvente în timpul transei. De asemenea, în timpul regresiilor de vârstă subiecţii pot trăi într-o manieră halucinatorie vocile §i imaginile unor persoane care i-au fost apropiate în timpul copilăriei.

Pentru a facilita apariţia halucinaţiilor pot fi utilizate sugestii directe şi sugestii indirecte. Indiferent dacă se urmăreşte producerea unor halucinaţii pozitive sau negative se recomandă să se utilizeze sugestii cu o structură pozitivă, astfel încât subiectul să ştie ce experienţă să trăiască şi nu ce anume trebuie să ignore. Sugestiile cu o astfel de structură conţin foarte multe detalii care pot viza cât mai multe canale senzoriale. Astfel, dacă dorim ca cineva să trăiască într-o manieră halucinatorie imaginea mamei aflate pe scaunul din faţa sa şi cu care eventual să aibă un dialog, atunci îi descriem îmbrăcămintea, gesturile, parfumul, vocea şi cuvintele utilizate etc.

în general, sugestiile directe sunt frecvent utilizate pentru producerea unor halucinaţii pozitive. Iată câteva exemple:

.... poţi privi înjur şi poţi să vezi pe cineva pe care ai dori să-l vezi şi pe care nu l-ai mai văzut de mult... de foarte mult timp... şi... poţi să-mi spui cum arată această persoană ? " ;

„... poţi auzi o voce care îţi spune ceva... ceva ce, deja probabil ştii... a cui este vocea ? ... şi ce spune ? ";

„... poţi simţi aroma cafelei.,, şi acest miros te transportă în timp într-o situaţie pe care nu ţi-ai amintit-o de mult... de foarte mult timp... şi... poţi să-mi spui unde te afli ? ".

Aceste sugestii specifică doar modalităţile senzoriale care concură la producerea halucinaţiilor, în timp ce conţinutul acestora (persoana, vocea, situaţia) sunt lăsate pe seama proiecţiilor subiectului.

Sugestiile indirecte utilizate pentru producerea halucinaţiilor trebuie, şi ele, să aibă o formă pozitivă, afirmativă. Acest principiu este valabil îndeosebi pentru sugestiile negative. Astfel, dacă dorim ca subiectul să aibă halucinaţii negative privitor la persoanele din apropierea sa, în loc să-i sugerăm direct:

„Nu vei simţi pe nimeni în jurul tău ", putem să utilizăm o sugestie

directă de tipul:

„Poţifi singur ", iau o sugestie indirectă:

„Unde au plecat toţi ceilalţi ? " („ Te întrebi unde au plecat toţi ceilalţi").

Când sugerăm halucinaţii pozitive putem utiliza *negaţii paradoxale:*

„Nu trebuie săfii atent ia... (la musca ce zboară în jurul tău..., la persoana care tocmai a intrat în cameră... " etc).

Iată câteva tipuri de sugestii indirecte utile pentru inducerea halucinaţiilor:

„... şi cum te simţi văzându-tepe tine însuţi copil ?...";
„... şi a cui este vocea pe care o auzi ?...
„... şi de ce nu ai observat mai devreme că mâinile tale au plutit fără efort ?...

*….ji când am fost în pădure pentru a auzi liniştea şi a simţi mirosul**plăcut alfrunzelor***
de brad, şi sunt sigur că şi tu cunoşti aceste senzaţii... " („a auzi liniştea" este o sugestie indirectă pentru halueinarea negativă a stimulilor auditivi).

Am amintit deja că halucinaţiile şi modificările senzoriale se referă la realităţi psihologice similare. între modificările senzoriale mai spectaculoase citäm : analgezia, anestezia, senzaţii de greutate sau de plutire. La fel ca şi celelalte fenomene intia-hipnotice şi acestea pot apărea şi în afara contextului hipnotic. Cine nu a auzit despre mame care-şi uită propria durere când copilul îi este bolnav? Sau cine nu a avut senzaţia că, mergând spre stomatolog, constată că durerea care-1 deranja iniţial devine mai suportabilă?

Deseori, modificările senzoriale, fie că apar spontan, fie că sunt induse de terapeut, sunt utilizate pentru ratificarea transei.

Deoarece scăderea sensibilităţii la stimuli durerOşi constituie un domeniu important al utilizării hipnoterapiei, ea va face obiectul unei analize separate într-unui din capitolele următoare.

7. Catalepsia

în general, catalepsia este considerată unul dintre cele mai caracteristice fenomene ale hipnozei, fiind într-o strânsă relaţie cu gradul de profunzime al transei şi cu nivelul de implicare psihologică. Termenul de „catalepsie" este, după cum remarca A. Wcitzcnhoffer (1957, p. 136), folosit într-un mod nediscriminativ în situaţii care nu au aceeaşi semnificaţie. în sens strici, continuă acesta, catalepsia „se referă la o stare de rigiditate musculară î:i care corpul individului menţine orice poziţie care i se dă" *(idem,* p. 136). Aceasta mai este numită şi „flexibilitate ceroasă". In practica hipnoicrapeutica, termenul de cătai psie este în mod frecvent utilizat cu referire !a orice condiţie musculară în care subiectul este incapabil să mişte voluntar mâinile, picioarele sau întregul corp. Acest fapt este determinat, de cele mai multe ori, de prezenţa contracturilor musculare. Referindu-se la acest fenomen, M. Erickson îl defineşte ca „o formă de tonici tale musculară bine echilibrată" (1981, p. 40). Această definiţie funcţională evidenţiază mai bine aspectul activ al acestui fenomen şi subliniază că imobilitatea percepută a subiectului nu este expresia unui proces pasiv.

Pe măsură ce pacientul este din ce în ce mai absorbit de procesele asociative declanşate de sugestiile terapeutului, el poate manifesta răspunsuri cataleplice: privire fixă, imobilitate generală, „flexibilitate ceroasă" - întâlnită de obicei la pacienţii catatonici care îşi menţin braţele în poziţia în care medicul le plasează - rigiditate musculară, mişcări inconştiente, rărirea respiraţiei, a clipitului etc. Catalepsia este rezultatul unei focalizări intense şi a unei absorbţii profunde în realitatea psihologică sugerată de terapeut; ea este frecvent întâlnită în regresii de vârstă,

analgezii, distorsiuni senzoriale. Manifestările cataleptice pot apărea spontan sau pot fi induse pentru realizarea unor obiective terapeutice.

Putem înţelege mai bine adevărata natură a catalepsiei şi resursele utilizării ei terapeutice, dacă observăm manifestarea ei în aşa-numitele „transe cotidiene" pe care le trăim ori de câte ori suntem absorbiţi de diverşi stimuli interni sau externi (Erickson & Rossi, 1981, p. 40) : scriind o scrisoare şi luând o pauză pentru a ne gândi sau, absorbiţi de vreo imagine declanşată în timpul scrierii scrisorii, rămânem deseori cu stiloul în

mână, cu privirea fixă şi corpul imobil; când ne concentrăm asupra unei probleme, deseori capul se întoarce uşor într-o parte şi rămânem cu ochii fixaţi în gol; absorbiţi de vizionarea unui spectacol sau de cititul unei cărţi, corpul nostru intră într-o poziţie cataleptică. Observaţi poziţia corpului multor conducători auto aşteptând la stop pentru a sesiza la timp schimbarea culorii de pe roşu pe verde! Mulţi dintre ei intră într-o poziţie cataleptică : privire fixă, rigiditate musculară şi imobilitate a corpului.

Sugestiile utilizate pentru inducerea catalepsiei pot viza întregul corp (se obţine ceea ce se numeşte „punte cataleptică", în care corpul rigid este suspendat între două puncte, de sprijin), imposibilitatea deschiderii ochilor („catalepsia pleoapelor"), imposibilitatea îndoirii braţului devenit rigid „ca o bară de oţel" (catalepsia braţului), imposibilitatea dcscleştării mâinilor etc.

Deşi relativ numeroase, utilizările terapeutice ale catalepsiei pot fi grupate în două mari categorii:

a) catalepsia ca mijloc de ratificare şi aprofundare a transei; pacientul descoperă cu uimire capacitatea corpului său de a se manifesta spontan, automat într-un fel mai puţin obişnuit, fapt ce favorizează actualizarea întregului „rol" hipnotic. Majoritatea pacienţilor şi studenţilor mei nu credeau că au capacitatea de a-şi menţine corpul imobil suspendat între două puncte de sprijin. Când, după o transă relativ lejeră, au reacţionat pozitiv la sugestia directă de rigidizare cataleptică şi au constatat că stau fără efort suspendaţi între două puncte de sprijin, au actualizat şi alte manifestări hipnotice: analgezie, amnezie etc. Tehnica punţii cataleptice, prin caracterul ei oarecum spectacular, conduce la o rapidă aprofundare a transei;

b) catalepsia ca mijloc terapeutic poate fi utilizată pentru asistarea oricărui pacient ale cărui mişcări trebuie să fie minimale pentru a se însănătoşi rapid. Ca facilitator al aprofundării transei, catalepsia poate capta atenţia clientului, stimulând o mai mare activitate independentă a inconştientului.

în general, orice stimul care reuşeşte să capteze intens interesul subiectului poate facilita apariţia unor răspunsuri cataleptice. Cu acest scop pot fi utilizate metaforele, şocul sau surpriza, confuzia etc, integrate în abordări directe sau indirecte, verbale sau nonverbale. Exemplul care urmează ilustrează catalepsia braţului cu ajutorul unor sugestii directe:

„şi, pe măsură ce respiri... într-un ritm foarte confortabil... poţi observa care din braţele tale începe să se simtă mai uşor decât celălalt... aproape fără greutate... şi braţul tău poate începe să plutească uşor şi fără efort... ridicându-se... foarte bine... ţi, pe măsură ce. pluteşte ca ţi cum ar fi tras de un balon, pofi fi surprins să descoperi cât de plăcut este sa trăieşti senzaţia plutirii braţului în faţa ta... ca şi cum ar fi complet lipsit de greutate... şi el poate sta acolo în timp ce tu observi o altă senzaţie care ar putea să te intereseze...'

în următoarele fraze, M. Erickson combină sugestiile directe şi indirecte pentru realizarea catalepsiei braţelor:

„... Pur şi simplu relaxează-te. Peste câteva momente îţi voi ridica braţul... Şi aş dori să-l priveşti... (Terapeutul ridică uşor braţul la nivelul ochilor...). Acum îţi vezi mâna... Priveşte-o! ... şi o vezi chiar acolo... Şi nu o voi aşeza la loc. Ţi-o voi lăsa acolo unde se află... in timp ce tu, pur şi simplu, continui să o priveşti. ... Şi pofi privi în continuare mâna... pur şi simplu. o priveşti... Continui să-fi priveşti

mâna dreaptă... Şi am de gând să-fi las mâna stângă chiar acolo unde se află. Si acum, încet..." (înacest exemplu catalepsia braţului stâng este sugerată în mod indirect).

Cea mai simplă utilizare a catalepsiei pentru focalizarea atenţiei şi inducerea transei este prezentată de Erickson şi Rossi (1981, p. 51) : se orientează uşor braţul pacientului spre un punct situat la nivelul ochilor, apoi se sugerează coborârea treptată a braţului din ce în ce mai jos, până ce acesta se aşază pe picior. Pacientului i se cere să-şi privească atent mâna fără să-şi mişte capul... Şi, pe măsură ce braţul coboară, pleoapele coboară şi ele. Imediat ce braţul a coborât complet, terapeutul poate sugera subiectului să închidă ochii complet, dacă aceştia nu cumva s-au şi închis între timp.

O modalitate indirectă de a provoca instalarea catalepsiei este aceea de a sugera relaxare şi imobilitate, ca în exemplul următor:

> *„.,. şi te simjifoarie bine constatând că, defapt, corpul tău site să aibă el însuşi grijă de el... el ştie cum să respire confortabil... inspiri... expiri.. .fără efort... şi îşi menţine aceast respiraţie uşoară şi fără efort în timp ce mintea ta zboară aiurea, descoperind anumite amintiri la care nu te-ai mai gândit defoarte, foarte mult timp... şi el mai ştie cum să* ***rămâ*** *liniştit în timp ce te bucuri de această amintire... şi nu-i aşa că estefoarte relaxant să-ţi si) braţele odihnindwse relaxate pefotoliufără să simţi* ***nici*** *cea mai* ***mică nevoie de a le mişca ?... şifi-ar lua mult prea mult efort decât merită pentru a le mişca în situaţia de confort şi relaxare în care te afli acum...".***

Evident, nu putem induce relaxare, imobilitate şi concentrare dacă noi, ca terapeuţi, nu manifestăm aceste comportamente. De aceea, ca într-un dans, putem *modela* comportamentul pacientului, adoptând noi înşine comportamente cataleptice: întrerupem mişcarea braţului Ia mijlocul drumului, preocupaţi de povestirea unei metafore, lungim cuvintele pentru a micşora ritmul vorbirii, facem pauze etc.

CAPITOLUL VII

Principii generale ale hipnoterapiei ericksoniene

1. Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor

Terapia ericksoniană subliniază idcca că fiecare persoană are resursele şi aptitudinile necesare rezolvării problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson spunea deseori pacienţilor săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate. Schimbarea terapeutică este, din această perspectivă, o extensie a ceea ce pacientul ştia deja. „Terapeutul - spune J. Zeig - porneşte de la principiul că pacientul, în istoria sa, a făcut dovada unei funcţionări adecvate şi eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-şi propună să înveţe pacientul cum să se comporte adecvat. Mai degrabă, munca terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să-şi deblocheze istoria constructivă adormită. Terapia devine procesul de stimulare a resurselor existente - resurse care au rămas muit timp închise" (J. Zeig, 2000, p. 144).

Perspectiva medicală, precum şi cea a psihoterapiei centrate pe problemă, evidenţiază aspectele patologice, insuficienţele şi disfuncţiile responsabile de apariţia problemei. Diagnosticul clinic care rezumă cauzele problemei influenţează prognosticul - cu cât mai sever este diagnosticul, cu atât mai rezervate sunt aşteptările terapeuţilor şi clienţilor lor privind o posibilă evoluţie favorabilă a acestora din urmă. Centrarea pe aspectele patologice prezintă riscul patologizării unor comportamente normale şi al iatrogeniei. Studiul lui D. Rosenhan *Iii re suin dans un environnement malade* evidenţiază bine acest proces. Aşteptările negative ale terapeuţilor şi pacienţilor au tendinţa de a se transforma în predicţii ce se autoîmplinesc. Această idee. exprimată plastic de zicala „De ce ţi-c teamă nu scapi", a fost confirmată de studii de referinţă în domeniul psihologiei (A. Rosenthal, 1967 ; Barber & Silver, 1968 etc). în aceeaşi măsură, şi aşteptările pozitive vor iniţia un ciclu al schimbării în direcţia dorită. întâmplarea povestită de G. Allport ilustrează foarte bine acest fapt:

> „într-un spital provincial din Austria, un bărbat zăcea grav bolnav - era practic pe patul de moarte. Echipa medicala i-a spus acestuia, direct, că ei nu pot diagnostica boala, dar că, in cazul în care ar cunoaşte diagnosticul, ar putea, probabil, sâ-1 vindece. In continuare, i-au spus că un diagnostician faimos va vizita

curând spitalul şi că, probabil, ci va reuşi să-i pună diagnosticul corect.

După câteva zile, diagnosticianul a sosit şi a început consultaţia bolnavilor. Ajuns la patul bărbatului respectiv, abia privindu-l. a murmurat «Moribundus» şi a plecat.

Câţiva ani mai târziu, pacientul l-a sunat pe diagnostician si i-a spus: „Doresc să vă mulţumesc pentru diagnostic. Cei din spital rni-au spus că, dacă dumneavoastră îmi veţi pune un diagnostic, mă voi face bine, şi, din momentul în care aţi spus «Moribundus», am ştiut că mâ voi însănătoşi" *(cf.* P. Waizlawick, 1990, p. 56).

Ideea că oamenii au tot ce le trebuie pentru a-şi rezolva problemele o întâlnim şi în zicala: „Fiecare om are probleme pe măsura Iui". Dar, dacă oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor, de ce mai vin atunci Ia terapeut? Trebuie să spunem, mai întâi, că toţi oamenii au probleme, că viaţa însăşi este o problemă! Viaţa are sens doar în măsura în care zilele se scurg una după alta apropiindu-ne de un obiectiv plasat în viitor. Dar, a avea un obiectiv în viitor, înseamnă a crea o problemă în prezent - problema atingerii obiectivului. Prezentându-i clientului situaţia sa ca făcând parte din dificultăţile obişnuite ale vieţii de zi cu zi, şi nu ca problemă psihologică sau psihopatologică, realizăm ceea ce frecvent se numeşte „normalizare", „depatologizare".

Deşi toţi oamenii au probleme, la terapeut se prezintă doar cei care nu şi Ie rezolvă într-un timp rezonabil. In ciuda resurselor existente, aceştia nu-şi rezolvă problemele cel puţin din două motive:

- **oamenii nu formulează corect problema; în acest caz, scopul terapiei este de a-1 ajuta pe client să dezvolte alternative la formularea iniţială a problemei cu care s-a prezentat la terapeut; şi. se ştie: „o problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată!";**
- **oamenii devin deseori prizonierii unei singure imagini privind soluţia : „problema X se rezolvă numai aşa! ". Sarcina terapeutului va fi, de această dată, stimularea clientului să dezvolte alternative la formularea iniţială a soluţiei. Daca în matematică o problemă arc mai multe soluţii, cu atât mai mult acest lucru se întâmplă în viaţă! Imaginaţi-vă un copil care învaţă că, pentru a-1 obţine pe opt are nevoie de doi de patru. Dacă rămâne în acest stadiu, în situaţia când are oricare alte cifre, dar nu doi de patru, el se va confrunta cu o problemă extrem de dificilă. Abia mai târziu, când copilul va învăţa că îl poate obţine pe opt dintr-o infinitate de combinaţii de cifre şi operaţii, putem spune că ştie cu adevărat matematică! La fel şi în viaţă - experienţa se exprimă prin capacitatea de a dezvolta alternative. După cum observăm, sarcina terapiei este aceea de a crea un cadru care să-1 stimuleze pe client să dezvolte formulări alternative, fie în raport cu problema, fie în raport cu soluţia. Aceste alternative îi vor permite să descopere sau să utilizeze mai eficient resursele de care dispune.**

Pentru a ilustra această idee, putem propune un exemplu simplu: dacă un părinte etichetează comportamentul copilului cu termenul „obrăznicie”, „neascultare”, atunci soluţia pe care o va utiliza va fi pedeapsa; dacă formulează altfel problemele copilului - ca „trăiri adolescentine”, „tulburări de creştere” etc, atunci, evident soluţia va fi alta.

2. Principiul utilizării

Pentru a realiza o terapie eficientă, terapeutul trebuie să transforme pacientul într-un partener, adică să utilizeze tot ceea ce aduce acesta în cabinetul de psihoterapie. De aceea, „terapeutul care doreşte să-şi ajute pacientul nu ar trebui niciodată să dispreţuiască, să condamne sau să respingă vreo parte a comportamentului pacientului" - spune M. Erickson - deoarece „comportamentul pacientului este parte a problemei care 1-a adus în biroul nostru; el alcătuieşte mediul personal în interiorul căruia terapia trebuie să-şi producă efectul" şi „poate constitui forţa dominantă în relaţia globală medic- -pacient" (1965, p. 57).

Din această perspectivă, principiul utilizării se referă la capacitatea terapeutului de a răspunde strategic la orice aspect a! pacientului sau al mediului său, după cum afirmă St. Gilligan, la disponibilitatea terapeutului de a intra în transă împreună cu pacientul, dar, spre deosebire de transa acestuia din urmă care este orientată spre interior, transa terapeutului este orientată spre exterior.

într-un studiu recent, J. Zeig prezintă o serie de tehnici şi principii ale utilizării (Zeig, 2000). Tehnicile utilizării pe care le vom menţiona permit individualizarea, personalizarea inducţiei transei şi a programului terapeutic:

a) *Ratificarea.* Procesul inducţiei transei implică, de obicei, două etape succesive: absorbţia şi ratificarea. Mai întâi, atenţia pacientului este absorbită de o senzaţie, o imagine, fantasmă, amintire. Apoi, absorbţia este ratificată, confirmată cu ajutorul unor simple fraze declarative.

Exemplu :

„In timp ce mă asculţi, totul se schimbă... respiraţia ta. se schimbă, poziţia corpului tău

se schimbă... gândurile şi imaginile care iţi trec prin minte se schimbă şi ele... ". (Observaţi

trecerea de la manifestări externe, uşor observabile, la manifestări interne.)

Ratificarea oferă pacientului un *feedback* pozitiv, orienlându-1 spre stări din ce în ce mai profunde ale transei.

b) *Atribuirea.* Deşi se apropie de ratificare, atribuirea implică asocierea unor semnificaţii mai largi, uneori cu conotaţie terapeutică, comportamentelor observate.

De pildă, unui pacient care apleacă uşor capul în faţă, îi putem spune :

.Apleci acum capul în mod diferit, pentru că este felul tău inconştient de a-ţi exprima

acordul cu tot ceea ce se întâmplă cu tine acum... ".

în cazul în care capul se lasă pe spate, îi putem spune pacientului:

„Capul se lasă pe spate dintr-o dorinţă a întregului corp de a se destinde

complet".

c) Prescrierea simptomului. Această tehnică permite terapeutului să utilizeze simptomul şi să-1 orienteze subtil într-o anume direcţie. Astfel, unui pacient diagnosticat cu „crampa scriitorului" şi care, în timpul transei, a început să-şi mişte uşor braţul drept, i-am spus:

„Braţul drept se mişcă. •. estefelul în care el descarcă în mod inconştient tensiunea
până acum..-. si, cu cât se mişcă mal mult, cu atât transa va deveni din ce în ce mai profu

d) Incorporarea. Această tehnică ne ajută să transformăm orice stimul extern într-un element al contextului hipnotic. De pildă, zgomotele copiilor care se joacă în curte pot fi utilizate pentru inducţia regresiei de vârstă, zgomotul maşinilor de pe stradă poate fi încorporat în sugestii referitoare la realizarea unor călătorii în spaţiu... sau timp, zgomotul unei uşi poate fi încorporat într-o sugestie de tipul:

şi inconştientul tău poate deschide alte uşi spre spaţii din ce în ce mai profunde al universului tău interior... " etc.

e) Prin *redefinirea hipnotică,* unele elemente utilizate de către pacient în descrierea problemei dobândesc conotaţii pozitive prin utilizarea lor în descrierea senzaţiilor plăcute ale transei sau în descrierea soluţiilor. Astfel, dacă pacientul utilizează cuvântul „greu" pentru a-şi descrie problema, în timpul inducţiei putem orienta atenţia pacientului spre senzaţia plăcută de „greutate", caracteristică stării de relaxare care-i cuprinde treptat corpul.

f) Prescripţia simbolică. Terapeutul ericksonian nu interpretează comportamentele şi cuvintele simbolice ale pacientului, ghidându-se după principiul „inconştientul poate rămâne inconştient". El va răspunde pacientului tot la nivel simbolic. Astfel, inspi- rându-mă dintr-un caz prezentat de M. Erickson, plasez deseori mâna stângă a pacientului pe umărul său drepţi postură care simbolizează faptul că pacientul se îmbrăţişează, se acceptă etc.

Pornind de la cadrul general al principiului utilizării, J. Zeig alcătuieşte un metamodel care îşi propune *organizarea întregului proces terapeutic.* Acest model are ca obiectiv principal evidenţierea strategiilor de producere a schimbării, prin identificarea resurselor pacientului şi personalizarea intervenţiei terapeutice.

în afara principiului utilizării, deja prezentat, acest model mai cuprinde următoarele componente:

- fixarea scopurilor;
- „împachetarea cadoului";
- personalizarea intervenţiei;
- stabilirea unui proces dinamic.

a) *Fixarea scopurilor.* Fixarea scopurilor intervenţiei terapeutice, spune J. Zeig, poate fi facilitată prin transformarea problemei în proces şi prin fracţionarea soluţiei în părţi mai mici. *Transformarea problemei în proces* evidenţiază multiple posibilităţi de intervenţie. De cele mai multe ori, problema este produsul înlănţuirii automate a mai multor elemente

sau secvenţe. Persoana care fumează nici nu ştie cum anume i-a ajuns ţigara în gură sau nu conştientizează momentul în care aprinde o ţigară de la alta. Simptomul este un comportament spontan, automat şi involuntar. Descompunerea lui în secvenţe şi introducerea între acestea a unui element voluntar modifică echilibrul iniţial al simptomului, îl destructurează, permiţând restructurarea lui într-o manieră adapta ti vă.
Se ştie că, atunci când într-un cuplu cei doi soţi se ceartă, nimeni nu ascultă (poate doar vecinii!). Dacă între replicile celor doi se introduce o pauză (de pildă unul din soţi are

dreptul să reproşeze într-o zi, dar va primi replica celuilalt a doua zi) sau se recomandă ca replicile contradictorii să fie formulate în scris, atunci există o mare probabilitate ca dialogul să revină la caracteristici normale. Sau, imaginaţi-vă ce se întâmplă cu un cuplu care se ceartă, dacă, după câteva minute de la începerea disputei, unul din soţi, dând curs unei prescripţii terapeutice, va spune celuilalt: „Ne-am certat suficient în această cameră, hai să continuăm cearta în camera cealaltă! ",

Utilizez în mod frecvent cu pacienţii mei, în timpul transei, următoarea sugestie :

„Inconştientul tău ştie exact cum anume apare problema... cum anume un gând determină alt gând sau altă imagine, cum o anume imagine sau un gând determină o mişcare sau o emoţie... şi tot el poate identifica cel mai potrivit loc in acest lanţ unde poate introduce schimbarea... Este suficient ca un gând să fie urmat de un alt gând sau o altă imagine decât cele obişnuite pentru ca întregullan{să se destrame... Rămâi curios în legătură cu locul, momentul şifelul schimbării descoperite de inconştientul tău... ".

Fracţionarea soluţiei în părţi mai mici presupune ca terapeutul să identifice mai întâi felul în care pacientul „construieşte" problema sa. De pildă, dacă un pacient este depresiv, ne putem întreba cum anume îşi „construieşte" el depresia: mai întâi se centrează pe toate defectele şi insuccesele lui, pe care Ic exagerează, apoi se izolează de ceilalţi, renunţă la activităţile obişnuite etc. Soluţia se compune, în acest caz, din elemente opuse strategiei de producere a problemei: evidenţierea succeselor şi a calităţilor personale, reluarea contactului cu vechii prieteni, practicarea activităţilor obişnuite etc.

După ce terapeutul are deja un scop, este foarte important să fie prezentat pacientului într-un „ambalaj" corespunzător. De aceea, următorul clement al modelului este „împachetarea cadoului".

b) *„Împachetarea cadoului".* Deseori, soluţiile la problemele oamenilor sunt atât de simple, încât, tocmai de aceea, sunt mai puţin credibile. A spune cuiva că va găsi răspunsuri la întrebările sale dacă se va uita, cu mai multă atenţie, în jur, pare un lucru atât de simplu, încât cu greu va considera că, pentru a primi acest sfat, ar trebui să plătească o terapie. Dacă, însă această prescripţie va fi inclusă într-o tehnică anume, atunci ea va deveni mai credibilă. O manieră de a „împacheta" o idee este aceea de a o prezenta sub hipnoză. „Din punct de vedere structural - spune J. Zeig (2000, p. 140) - hipnoza nu este decât o metodă de a împacheta idei."

Atunci când primim un cadou frumos împachetat există un moment - cel al contactului iniţial - când putem visa că acest cadou ar putea sâ satisfacă dorinţele noastre cele mai secrete! Şi, nu întâmplător, s-a dezvoltat o întreagă industrie care se ocupă cu împachetarea cadourilor. Hipnoza este un „ambalaj" deosebit pentru că însuşi cuvântul hipnoză activează o serie de mituri, credinţe, aşteptări cu efect sanogenctic.

c) *Personalizarea intervenţiei.* Este plăcut să primeşti un cadou, dar când acest cadou este exact ceea ce ţi-ai dorit şi ştii că cel care ţi 1-a oferit

1-a ales *special* pentru tine, atunci plăcerea este cu atât mai mare.

Oamenii sunt unici. De aceea problemele lor sunt unice şi au soluţii unice. Pacienţii vor să fte trataţi într-o inanicTă unică. Aceasta implică din partea terapeutului respect faţă de pacient, realizarea unui efort de înţelegere şj dezvoltarea unei relaţii empatice. Deseori,

insistând asupra acestui fapt, Erickson spunea: „Psihoterapia pacientului A nu se
potriveşte cu psihoterapia pacientului B".

Terapeutul trebuie să-şi pună Întrebări în legătură cu valorile şi credinţele pacientului pentru a „croi" o psihoterapie „pe măsură". Dacă pacientul preferă misterul, atunci hipnoza va fi o terapie pe măsură, dacă acesta preferă abordările raţionale, cu secvenţe foarte clare şi bine argumentate, atunci o terapie cognitiv-comportamentală ar putea fi mai eficientă.

Unul dintre pacienţii mei, medic chirurg, a reacţionat foarte bine la o abordare terapeutică în care desensibilizarea sistematică a fost principalul element, după ce o abordare de lip ericksonian, cu multiple sugestii indirecte, a avut un mai mic succes. Acest fapt este în acord cu formaţia profesională a pacientului meu, deoarece se ştie, chirurgii îşi organizează propriile intervenţii într-o manieră sistematică.

d) Psihoterapia implică un *proces* care îşi propune mobilizarea gradată a credinţelor, aşteptărilor şi experienţelor subiectului. Doar dozarea competentă a intensităţii acestui proces poate transforma psihoterapia într-o „experienţa emoţională corectivă". Nu treceţi prea repede la „felul principal de mâncare" spune J. Zeig, făcând o analogie cu ceea ce se întâmplă atunci când servim masa la un restaurant. Pauzele dintre felurile de mâncare, ritualul alegerii mâncării preferate şi alte amănunte referitoare la aranjarea mesei, serviciul propriu-zis pot face dintr-o seară petrecută la un restaurant un eveniment. La fel şi în cazul psihoterapiei. De obicei, procedez în felul următor cu pacienţii mei. In prima şedinţă are Ioc un interviu care are ca obiectiv formularea corectă a problemei şi identificarea resurselor pacientului. In finalul şedinţei comunic faptul că demersul terapeutic ce va fi utilizat va cuprinde, între altele, şi hipnoza. Utilizând cuvântul hipnoză, îl provoc deja pe pacient să actualizeze o serie de credinţe pozitive despre hipnoză şi despre efectele benefice ale acesteia asupra lui. In a doua şedinţă mă interesez despre credinţele pacientului despre hipnoză, „îl convertesc" la doctrina inconştientului (a se vedea principiul referitor la utilizarea inconştientului) şi practic cu el câteva teste de sugestibilitate (prezentate ca probe de imaginaţie). în finalul şedinţei îl informez că în şedinţa următoare vom face prima inducţie hipnotica. Acest amănunt provoacă deja anumite elaborări interne care vor fi utile procesului terapeutic din următoarea şedinţă, în care pacientul va trăi prima transă.

Acest mod de lucru cu pacientul este bine ilustrat de povestea care urmează şi pe care o spun adesea persoanelor pe care Ie formez în practicarea hipnoterapiei:

> „Un tânăr doritor să se instruiască în arta medicinci se duse într-o bună zi la un medic vestit căruia îi ceru să-1 accepte ca ucenic. Văzând nerăbdarea acestuia, medicul îl acceptă, după multe insistenţe, avertizându-1 asupra faptului că trebuie să înveţe să observe detaliile comportamentului său care sunt foarte importante în procesul terapiei.

După câţiva ani de ucenicie, tânărul se simţea deja bine pregătit pentru a practica terapia învăţată.

într-o zi, observând pe fereastră un om care se îndrepta spre casa lor, doctorul spuse ucenicului :

- Acest om este bolnav. Arc nevoie de rodii.

- Ai pus diagnosticul, dar lasă-mă pe mine să-i prescriu reţeta. In telul acesta voi face jumătate din treabă, spuse ucenicul.

- De acord, cu condiţia să-ţi aminteşti că, înainte de a-i prescrie reţeta, trebuie să-i dai timp sâ se obişnuiască cu ideca.

Imediat ce clientul puse piciorul în prag, ucenicul îl pofti înăuntru, spunându-i:

- Eşti bolnav. Trebuie să mănânci multe rodii.

- Rodii! strigă bolnavul, ăsta da tratament! Ce absurditate! Şi plecă imediat.

Tânărul, surprins de cele întâmplate. îl rugă pe maestrul său să-i explice ce se întâmplase.

îţi voi arăta data viitoare, când vom avea un caz similar, i-a răspuns medicul.

La puţin timp după acest incident, fiind aşezaţi in faţa casei maestrul, ridicându-şi privirea, a văzut pe cineva venind spre ci.

- lată exemplul aşteptat! Vine cineva care arc nevoie de rodii.

Doctorul a poftit clientul înăuntru, l-a examinat cu atenţie si a spus :

- Ah, iată-ne în faţa unui caz dificil si complex. Să vedem.,. Hmmmm! După mine, ceea ce ar trebui făcut este un regim, un regim anume care ar regla tulburarea metabolică pe care o aveţi. Cu fructe, de pildă. Ar trebui un fruct rotund... portocale oare ? Nu, nu este culoarea indicată... Lămâia este muft prea acidă... Am găsit! Rodii! Rodiile sunt cele mai potrivite.

Bolnavul a plecai acasă încântat şi mulţumit.

- Maestre, întrebă elevul, de ce nu ai spus imediat bolnavului că arc nevoie de rodii ?

- Pentru că, răspunse medicul, lui nti-i trebuiau doar rodii, îi mai trebuia şi timp! "

(Adaptare după *Povestiri cu tâlc din înţelepciunea sufită.* Ed. Sophia, Bucureşti, 1999)

3. Fiecare individ este unic

Acest principiu (aflat într-o strânsă relaţie cu principiul prezentat anterior) pare aproape un truism. Majoritatea specialiştilor definesc personalitatea prin unicitatea şi originalitatea ei. Totuşi, nu toţi suntem atenţi la toate implicaţiile acestei afirmaţii. Dacă individul este unic, atunci imaginea lui despre realitate este unică, problema lui este unică. Iar această problemă unică are nevoie de o soluţie unică ! Referindu-se la acest fapt, M. Erickson spunea: „Fiecare persoană este un individ unic. De aceea, psihoterapia ar trebui formulată pentru a putea întâlni unicitatea nevoilor individuale, mai degrabă decât să croiască persoana pentru a se potrivi cu patul procustian al unei teorii ipotetice a comportamentului uman" *(cf.* Zeig & Gilligan, 1990).

4. Răspunsul interlocutorului este cel care ne informează despre sensul discursului său

Acest principiu, ca multe din cele prezentate în acest capitol, se referă la

ideea, mai generală, a personalizării intervenţiei. Mesajul pe care îl transmitem pacientului capătă un anume sens, funcţie de istoria acestuia şi de contextul în care se desfăşoară terapia. Invitând o persoană să se aşeze confortabil pe un fotoliu, am putea avea surpriza ca ca să se aşeze pe marginea fotoliului, cu spatele drept, genunchii apropiaţi, ţinându-şi geanta cu ambele mâini etc. Evident, această persoană a receptai invitaţia noastră ca pe ceva formal, iar poziţia ei ar putea exprima ideca „nu stau decât foarte puţin... dacă deranjez plec...".

Deoarece răspunsurile pacientului la mesajele noastre sunt exprimate atât verbal cât şi nonverbal, este foarte important ca terapeutul să fie, înainte de toate, un bun observator. Nu trebuie să avem certitudinea că, utilizând aceleaşi cuvinte cu mai multe persoane, comunicăm tuturor aceleaşi idei!

5. Orice comportament răspunde unui obiectiv

Omul este o fiinţă raţională. El nu învaţă nimic care să nu-i aducă un beneficiu. Simptomul poate fi considerat ca fiind cea mai bună soluţie pe care inconştientul pacientului a descoperit-o în momentul apariţiei situaţiei problematice. Astfel, plânsul este - în prima copilărie - o formă de comunicare foarte eficientă. Deseori se spune: „Copilul care nu plânge nu primeşte de mâncare". Dar dacă, pe măsură ce creşte, persoana nu utilizează alte forme de comunicare mai adecvate pentru a cere mâncare (atenţie, afecţiune etc), arunci plânsul devine „simptom". Un comportament devine „simptom" în momentul în care beneficiile lui devin mai mici decât consecinţele sale negative.

Având în vedere acest fapt, este foarte util să realizăm de fiecare dată o conotaţie pozitivă a simptomului, deoarece creăm astfel premisele unei relaţii colaborative eficiente cu pacientul.

De pildă, unui pacient cu ticuri îi spun următoarele:

„Comportamentulpe care acum îl consideri«problemă» estefelul în care inconştie, descarcă o parte din tensiunea psihică pe care o trăieşti în anumite situaţii. Unii oamet descarcă astfel de tensiuni clipindfrecvent, alţii mişcându-şi mâinile sau picioarele în anumitfel etc. Tuprocedezi după cum mi-aispus. In timpul transei inconştientul tău va descoperi alte modalităţi la fel de eficiente, dar mai puţin neplăcute pentru tine, de a de această stare de tensiune psihică ".

în cazul unui pacient cu mutism psihogen i-am lăudat acestuia, în prezenţa unor membri ai familiei, *„ înţelepciunea"* inconştientului său de a fi ales cel mai bun simptom pentru menţinerea echilibrului său psihologic:

„Când oamenii trăiesc o stare de conflict ca urmare a reproşurilorpersoanelor din reacţionează în mod diferit: unii devin agresivi, alţii consumă alcool sau droguri, alţii evadează pur şi simplu din realitate (după cum ai şi văzut în spitalul în care eşti internai Inconştientul tău a ales cel mai bun simptom - acela de a nu vorbi. De altfel, în modfrec refuzăm să vorbim cu persoanele care ne reproşeazăfără încetare ceva!".

După care am continuat, spunându-i că în timpul transei inconştientul său va identifica alte comportamente care să-i menţină echilibrul psihologic, permiţându-i astfel să vorbească.

6. Nu putem să nu influenţăm

Nu putem să nu influenţăm după cum nu putem să nu comunicăm. Terapeutul îşi influenţează pacientul indiferent de ceea ce face; de

aceea, M. Erickson considera schimbarea terapeutică nu doar posibilă, ci şi inevitabilă! Conştient de acest fapt, terapeutul trebuie să-şi asume responsabilitatea acestei schimbări utilizând tehnici adecvate. în acelaşi timp, terapeuţii trebuie să ştie că nu luptând sistematic împotriva „rezistenţelor" pacienţilor vor obţine schimbarea dorită; ea poate fi obţinută prin identificarea forţelor existente în pacient care sunt în acord cu noi şi care l-au adus în cabinetul nostru.

7. Nu există eşec, există feedback

Terapeutul ericksonian utilizează ceea ce M. Erickson numea *abordarea aprobativă,* abordare care presupune nu doar luarea în consideraţie a răspunsurilor verbale şi nonverbale ale persoanei, ci, mai mult, iniţierea unor acţiuni în acord cu acestea. Ceea ce unii autori numesc rezistente (şi care, cel mai adesea, sunt de fapt obstacole sau dificultăţi), indică faptul că anumite elemente conştiente şi, de cele mai multe ori, inconştiente nu au fost deloc sau nu au fost în suficientă măsură luate în consideraţie. Nimic nu este negativ în abordarea ericksoniană, iar „rezistenta" este considerată ca o uşă care dă spre o comoară (de resurse) şi pe care terapeutul încearcă să o deschidă cu o cheie nepotrivită. Credem că pacientul iniţiază terapia dorind să se schimbe. Dacă o soluţie nu merge, nu pacientul este rezistent; mai probabil, terapeutul nu a găsit *încă* direcţia schimbării aşteptate de pacient. Această idee este bine surprinsă de Walter şi Peller: „Nu există eşec, există doar *feedback*" (1992, p. 40). Dacă suntem pregătiţi să receptăm comportamentul verbal şi non-verbal al clientului, atunci vom avea toate informaţiile necesare pentru construcţia soluţiei pe care el o aşteaptă.

Referindu-se la această idee, S. De Shazer spunea: „Trebuie ţinut minte că rezistenta este doar o metaforă care descrie anumite comportamente în contextul terapiei şi că alte metafore pot fi mult mai utile. Rezistenta nu este ceva concret. Relaţia dintre conceptul de rezistentă şi conceptul cooperării poate fi văzută astfel: dacă terapeutul *alege* să considere comportamentul clienţilor ca rezistentă, atunci încercările lor de a coopera nu pot fi văzute, din moment ce fiecare perspectivă o exclude pe cealaltă; dacă terapeutul este orientat spre un comportament cooperativ, atunci ei nu va fi capabil să vadă rezistenta" (De Shazer, 1985, pp. 72-73). Situaţia este similară celei create de percepţia figurilor duble: aceeaşi realitate ne oferă imagini diferite, funcţie de aşteptări şi perspective.

8. Pacientul este expertul

Pacientul este expertul şi adevărul lui este singurul care contează. Relaţia terapeutică promovată de terapia ericksoniană este una de natură colaborativă, bazată pe respectul pacientului, pe credinţa că posedă resursele necesare, pe faptul că el ştie cel mai bine ce este util pentru el. încercarea terapeutului tradiţional de a construi o soluţie la problema pacientului fără a tine seama de aşteptările acestuia ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „drumul spre iad este pavat numai cu intenţii bune". Terapeutul „expert", singurul posesor al „adevărului" ştiinţific în domeniul problemelor celorlalţi, devine uşor prizonierul imaginii *ptoprii* despre soluţie, incapabil să observe ce aşteaptă celălalt de la el.

Terapeutul ericksonian nu începe terapia cu idei preconcepute referitoare la problemele pacientului şi la soluţiile acestora. Această atitudine de „pagină albă" îi permite să întâlnească rapid pacientul pe propriul teren, să-i accepte propria imagine despre lume şi, astfel, să construiască soluţii care devin eficiente doar în măsura în care intră în acord cu această imagine.

Respectul manifestat în relaţia cu pacientul îl conduce pe terapeut la adoptarea unei atitudini oarecum paradoxale - lipsa dorinţei terapeutului de a schimba pacientul. în acest context, scopul terapiei este acela de a-1 tace pe pacient să-şi identifice resursele care îi vor multiplica opţiunile comportamentale, facilitând astfel construirea propriilor soluţii ta problemele sale.

Schimbarea terapeutică era, deseori, prezentată de M. Erickson ca o „extensie a ceea ce pacientul ştia deja" (J. Haley, 1984). Această idee poate fi foarte bine ilustrată şi de cuvintele lui J. Zeig: „Terapeutul porneşte de la principiul că pacientul, în cursul vieţii sale, a făcut dovada unei funcţionări adecvate şi eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-şi propună să-I înveţe pe pacient cum să fie adaptat. Mai degrabă, munca terapeutului vizează să ajute pacientul să deblocheze istoria constructivă adormită" (J. Zeig, 2000, p. 144).

9. Utilizarea resurselor inconştiente

Istoria hipnozei a impus noţiunea de inconştient. Freud însuşi a fost extrem de impresionat de observaţiile pe care le-a făcut în legătură cu sugestiile posthipnottce prescrise pacienţilor de către Bernheim. El a propus, ulterior, propria concepţie despre inconştient în care terapeutul ascultă inconştientul pacienţilor şi-i interpretează discursul (vise, comportamente, limbaj) cu ajutorul unor grile de lectură generale şi codificate.

Dar şi concepţia teoreticienilor şi practicienilor din domeniul hipnozei a evoluat: în timp ce adepţii hipnozei clasice, ortodoxe, nu încearcă să asculte inconştientul, ci mai degrabă îi dau ordine, fie direct, fie prin intermediul sugestiilor hipnotice, cu totul alta este situaţia în cadrul terapiei ericksoniene şi a şcolilor terapeutice derivate din aceasta. Astfel, în neuroprogramarea lingvistică sau în cadrul psihoterapiei sistemice, terapeuţii se sprijină pe înţelepciunea şi resursele inconştientului, fără însă a i se adresa direct; în cadrul hipnozei ericksoniene, terapeutul dă cuvântul inconştientului, într-o manieră directă şi fără a-l interpreta, pennitându-i să se exprime şi mai ales să acţioneze. Felul diferii în care era utilizat inconştientul în hipnoza tradiţională şi cea ericksoniană, a fost evidenţiat de către S. Garnier prin utilizarea următoarei metafore: „în hipnoza tradiţională, se programa inconştientul ca pe o maşină; în noua hipnoză, inconştientul este solicitat ca o entitate superioară, depozitară a programelor posibile" (c/. Godin, 1992, p. 45).

Una din întâmplările povestite de M.Erickson ilustrează metaforic credinţa acestuia în resursele nelimitate ale inconştientului.

> **Este vorba de „istoria unui cal care rătăcea in curtea familiei sale pe vremea când era tânăr. Calul nu avea nici un semn cu ajutorul căruia să poată fi identificat. Erickson şi-a propus să-1 ducă proprietarilor lui şi, în acest scop, pur şi simplu l-a încălecat, l-a scos la drum şi l-a lăsat să-şi aleagă singur calea. El nu intervenea decât atunci când calul părăsea drumul pentru a paşte sau pentru a se plimba pe vreun câmp. Când, în sfârşit, calul a ajuns în curtea unui vecin, la câţiva kilometri distanţă, vecinul l-a întrebat pe**

Erickson: «Cum aţi ştiut că acest cal a plecat de aici şi că ci ne aparţine ?» Erickson a răspuns: «Eu nu am ştiut, dar calul, el a fost cel care a ştiut. Tot ce a trebuit să fac a fost să-1 ţin pe drum»" (S. Rosen, 1986, pp. 40-41).

Psihoterapia nu face altceva decât să repună clientul pe drumul bun, îl pune în situaţia de a accede la o nouă cunoaştere care merge din inconştient spre conştientul individului.

Se întâmplă ca şi cum noua cunoaştere exista în inconştient şi prin terapie ea a prins formă Ia nivel conştient.

M. Erickson prefera să folosească pentru prezentarea concepţiei sale privind inconştientul, nu atât expunerile teoretice, cât imaginile şi metaforele. în relaţia sa cu pacientul, el se adresa la fel de uşor inconştientului ca şi conştientului, utilizând pentru primul metafore precum - „mare magazin în care găseşti tot ceea ce ai nevoie", „rezervor de experienţe, de înţelepciune" etc.

Pentru Erickson, inconştientul este locul în care subiectul poate găsi, cu ajulorul contextual al terapeutului, soluţia la problemele sale, soluţii neutilizate din cauza limitelor determinate de experienţele conştiente ale subiectului. Conştiinţa este programată să se adapteze la finalităţi externe individului, care rezultă dintr-un consens şi sunt expresia unei experienţe. Această experienţă limitează considerabil capacităţile individului, când acesta se confruntă cu o problemă.

în faţa unei situaţii problematice, o persoană actualizează mai multe soluţii potenţiale concurente. Dacă una dintre acestea se dovedeşte eficientă, atunci, în situaţii problematice similare, aceasta va fi actualizată cu prioritate, blocând astfel accesul Ia alte soluţii posibile. Iată cum experienţele conştiente limitează capacitatea de utilizare a resurselor inconştiente. De câte ori nu auzim expresia : „Pentru a avea succes trebuie să uiţi tot ce ai învăţat! ". Trebuie, însă să avem ce uita, deoarece, chiar dacă uităm conţinuturi, rămân în memorie anumite strategii de căutare şi evaluare. Spre deosebire de ceea ce se întâmplă în conştient, în inconştient capacităţile individului rămân intacte, neexplorate şi neexploatate. De aceea, M. Erickson prezenta schimbarea terapeutică ca pe un proces de depăşire a limitelor conştiente, ca pe o *extensie a ceea ce pacientul ştia deja* (J. Haley, 1984).

Pentru a accede la inconştient trebuie să se producă mai întâi „depotenţializarea conştiinţei" prin tehnici deja expuse în unul din capitolele acestei cărţi.

Terapeuţii ericksonieni afirmă că se poate comunica cu inconştientul doar în limbajul emisferei drepte, situaţie în care comunicarea se realizează cu ajutorul unor metode şi tehnici indirecte (metafore, „duble legături", negaţii paradoxale, presupoziţii etc).

Există şi o modalitate directă de a comunica cu inconştientul; în tehnica hipnoterapeutică a chestionării cu răspunsuri prin semnalizare *(„signaling")* ideomotone elaborată de LeCfon, Cheek apoi Rossi, pornind de la lucrările Iui Erickson, se presupune că inconştientul răspunde direct la întrebările terapeutului prin răspunsuri de tip „da", „nu", care pot fi exprimate convenţional prin mişcări ale degetelor, ale capului sau chiar prin mişcările unui pendul ţinut între degete.

Funcţia principală a inconştientului este aceea de a proteja persoana. El alege, spune Erickson, cea mai bună soluţie pentru subiect, chiar dacă acest fapt nu este totdeauna evident sau comprehensibil pentru acesta din urmă. Simptomul însuşi a fost o astfel de soluţie care trebuie însă depăşită, întrucât schimbările externe şi interne creează nevoia stabilirii echilibrului la un alt nivel.

Inconştientul poate rămâne inconştient - afirmă Erickson. Nu totdeauna este necesar şi util ca travaliul inconştientului să fie conştientizat, nu există obligativitatea *insight-ului.* Lipsa acestei prize de conştiinţa, element central în terapiile analitice, este aspectul ce diferenţiază cel mai mult concepţia lui Erickson de cea a lui Freud. Erickson citează cazul multor pacienţi care şi-au rezolvat problemele lor fără a conştientiza conţinutul

conflictelor intrapsihice inconştiente. Această abordare are, între altele, drept consecinţă

făptui că subiecţii nu mai sunt provocaţi să construiască atitudini rezistente sau ostile, din moment ce terapia nu necesită ca inconştientul să devină conştient.

Teoria ericksoniană a inconştientului suferă continuu o serie de reformulări care îşi au originea fie într-o nouă lectură a lucrărilor şi cazurilor clinice lăsate de M. Erickson, fie în influenta exercitată de alte şcoli terapeutice. Astfel, ericksonicnii jungieni vorbesc despre inconştientul personal şi inconştientul colectiv, Gilligan afirmă existenta unui Eu *(Moi)* profund, dincolo de spiritul inconştient.

„Convertirea" pacientului la doctrina inconştientului. Dacă pacientul **nu** crede în inconştient, atunci utilizarea hipnozei ca terapie nu are nici o relevantă pentru acesta. De aceea, un moment important al pregătirii pacientului pentru hipnoterapie îl constituie „convertirea" acestuia la doctrina inconştientului şi la ideea că inconştientul este un rezervor de resurse care poate fi accesat cu ajutorul hipnozei.

Mai întâi, amintesc pacientului experienţe cotidiene trăite de majoritatea oamenilor şi care evidenţiază existenta inconştientului. Astfel, se întâmplă deseori ca, încercând să rezolvăm o problemă, să avem sentimentul că oricât am căuta soluţia nu o putem găsi, deşi ne simţim în apropierea ei. Renunţăm să mai căutăm soluţia şi, după o noapte, câteva ore sau câteva zile, soluţia ne vine cu claritate în minte, încât ne şi miram că nu am descoperit-o de la început. De fapt, ce s-a întâmplat? Deşi noi am încetat *căutarea conştientă* a soluţiei, *căutarea inconştientă* a continuat şi s-a finalizat cu descoperirea acesteia.

O altă experienţă utilă pentru evidenţierea inconştientului este următoarea: am trăit noi înşine asemenea întâmplări sau am văzut alte persoane în situaţia de a încerca să-şi menţină echilibrul pe un teren extrem de lunecos. în astfel de situaţii, oamenii fac acrobaţii extraordinare şi reuşesc, în cele din urmă, să-şi menţină echilibrul. Dacă aceste persoane ar fi puse să repete acele „acrobaţii" stând pe o suprafaţă obişnuită, nu ar mai **reuşi, deoarece** *ceea cefacem bine inconştient şi involuntar facem prost voluntar.*

Tehnica pendulului lui Chevreul, prezentată în unul din capitolele anterioare, poate şi ea să fie utilizată în acest context.

De asemenea, amintesc pacienţilor mei o scenă din basmul lui „Harap Alb". Este vorba de momentul în care fiul mezin al împăratului merge în grajd cu o tavă cu jăratec pentru a-şi alege calul. Vă amintiţi - spun pacienţilor - ce cal a venit să se hrănească cu jăratec! Era calul cel mai slab, „gloaba" cea mai neputincioasă din grajd! Pentru mine, continuu eu, acest fapt are următoarea semnificaţie: nu contează cum arătăm, ce spun alţii despre noi, de unde venim, în fiecare din noi poate exista „calul năzdrăvan", în fiecare din noi pot exista resurse deosebite. Dar nu uitaţi, feciorul împăratului s-a dus în grajd cu o tavă cu jăratec, nu cu una cu ovăz! Prin urmare, resursele deosebite din noi nu pot fi mobilizate prin mijloace obişnuite (ovăz), ci prin mijloace mai puţin obişnuite, de pildă, prin hipnoză.

Au fost pacienţi care mi-au spus, spontan, că acest moment al „convertirii" la doctrina inconştientului a fost cel mai important moment al terapiei!

10. Utilizarea abordărilor paradoxale

Comunicarea paradoxală şi teoria dublei constrângeri fundamentate de teoreticienii şcolii de la Palo Alto îşi au, între altele, ca sursă de inspiraţie şi analiza demersului terapeutic utilizat de M. Erickson.

De altfel, în 1959, Erickson, Haley şi Weakland publică un articol comun în care secvenţe ale unei şedinţe de hipnoză efectuate de M. Erickson ilustrează foarte bine cadrul teoretic al dublei constrângeri: Erickson dă subiectului său o sugestie post- -hipnotică ce constă în a afirma şi a crede că nici o transă nu a avut loc; astfel, dacă subiectul spune, după şedinţă, că nu a fost hipnotizat, el a fost în realitate, deoarece se conformează unei sugestii posthipnotice şi, dacă afirmă şi crede că a fost hipnotizat, el nu mai poate să se considere ca fiind un subiect imposibil de hipnotizat (JJ. Wittezaele & T. Garcia, 1992, p. 172).

M. Erickson a fost un maestru neîntrecut al intervenţiilor paradoxale. El a avut - conform propriilor relatări - încă din copilărie intuiţia utilităţii comportamentelor paradoxale în deblocarea unor situaţii. Astfel, într-una din zilele copilăriei sale, când se afla Ia ferma familiei, tatăl său se forţa să introducă un viţel în grajd. Acesta se proptise pe picioarele din faţă şi rezista, fără să se clintească, forţei care-1 trăgea înainte. Tânărul Milton a avut inspiraţia de a se plasa în spatele viţelului şi de a-1 trage de coadă. Ceea ce a urmat a fost faptul că, sub acţiunea celor două forţe opuse, viţelul a intrat brusc în grajd, antrenând copilul după el ! *(cf.* Godin, 1992, p. 183).

Dacă analizăm tehnicile terapeutice utilizate de M. Erickson, inclusiv tehnicile de inducţie hipnotică, putem observa că majoritatea pun pacienţii într-o situaţie paradoxală, deoarece solicită din partea acestora o schimbare spontană a comportamentului lor. Nu putem reacţiona spontan dacă executăm un ordin şi, tocmai de aceea, însăşi inducţia hipnotică vehiculează un parado.x: hipnoterapeutul transmite simultan două mesaje la niveluri logice diferite; pe de o parte, el ordonă: *„Execută ceea ce-ţi spun ! ",* iar în interiorul acestui cadru *„Nu face ceea ce-ţi spun, acţionează spontan!".* Subiectul se adaptează acestui ansamblu de instrucţiuni contradictorii printr-o schimbare, dezvoltând un comportament numit, în mod obişnuit, transă hipnotică.

Etapele acestui demers paradoxal pot fi descompuse în două tipuri de prescripţii:

a) mai întâi, hipnoterapeutul cere subiectului să facă o acţiune voluntară precum : fixarea atenţiei asupra unei mâini, evocarea unei imagini etc.;
b) apoi, hipnoterapeutul cere pacientului să răspundă printr-un comportament involuntar sau spontan: levitaţia braţului, relaxare musculară, halucinaţii etc.

Spre deosebire de inducţia tradiţională, de tip directiv, uneori imperativ, M. Erickson utilizează, pentru obţinerea transei, formulări paradoxale care pun terapeutul într-o poziţie de inferioritate, dând astfel o mai mare libertate pacientului şi creând un cadru mai adecvat pentru manifestarea unor comportamente „spontane" ale acestuia.

Sugestia negativă paradoxală este unul din aceste mijloace. Aceasta permite evocarea unor fapte sau idei prin negarea lor.

Exemplu:

„Nu ştiu (Iacă ai observat că... respiraţia ta a devenit deja respiraţia unui om profund relaxat !

„Iţi orientezi atenţia asuprit unei mâini.... eu nu ştiu asupra căreia din ele!... ".

într-o inducţie de tip ericksonian nu putem decât să ne mirăm de câtă „ignoranţă" dă dovadă terapeutul !

Negaţiile pot introduce „duble legături" care, o dată acceptate şi punând terapeutul într-o poziţie de inferioritate, creează obligativitatea schimbării menţinând în acelaşi timp iluzia libertăţii deciziei.

Exemplu:

„Nu ştiu dacă vei intra în transă cu ochii deschişi sau închişi...";

„... Nu ştiu dacă vei intra în transă acum sau mai târziu...";

„Nu ştiu dacă vei intra într-o transă lejeră sau profundă...".

Procedând astfel, terapeutul pare să ofere diverse al Iernaţi ve comportamentale; totugi, indiferent de opţiune, rezultatul dorit (transa) este obţinut în ritmul subiectului care acceptă această relaţie.

Dubla legătură (dubla constrângere) este o tehnică frecvent utilizată de M. Erickson pentru a evita rezistenţele ce pot fi activate de un comportament directiv: „când *cereţi* pacienţilor să facă ceva, le daţi, în acelaşi timp, şi posibilitatea să refuze" (Erickson, 1990, p. 81).

Dubla legătură, o dată acceptată, prinde subiectul între două alternative care, provocând la subiect un proces de decizie, menţin sentimentul libertăţii; alegerea este totuşi iluzorie pentru că, indiferent de alternativa aleasă, subiectul se schimbă in direcţia propusă de terapeut.

Exemplu:

„Puteţi aborda pacienţii în acelaşi fel cum procedaţi cu copiii" - spune M. Erickson, „Cum cereţi copiilor să meargă la Culcare ? Le spuneţi categoric : *«Este ora 8, este timpul să te culci!».* Dacă procedaţi aşa, probabil veţi fi refuzat! De ce să nu procedaţi astfel: *«Preferaţi să vă culcaţi la ora 8 fără un sfert sau la ora 8?»* Orice copil normal va răspunde imediat: *<-La ora 8, nu la ara 8fără un sfert !»"* (1990, pp. 81-82).

Utilizând acest principiu, M. Erickson (1990, p. 82) se adresa pacienţilor săi astfel:

Exemplu:

„Doriţi să intraţi într-o transă uşoară, medie sau profundă ?...", „Doriţi să eliminaţi acest obicei neplăcut in această săptămână sau săptămâna viitoare ? Dar acest termen nu mi se pare cu adevărat rezonabil. Nu aţi prefera să vă fixaţi un termen mai rezonabil pentru a elimina acest comportament, trei săptămâni, de exemplu ? ".

în alte situaţii, dubla constrângere transformă rezistenţa naturală a pacienţilor în forţă a schimbării terapeutice: „De fiecare dată când aveţi un pacient rezistent, cred că este de dorit să ţineţi seama de tipul de rezistenţă întâlnit şi să vă gândiţi la toate diferitele modalităţi pe care aţi putea să le utilizaţi pentru a vorbi pacientului de această rezistenţă. Care sunt diferitele interpretări pe care le-aţi putea plasa subtil,

înlr-o manieră foarte

simplă, astfel încât rezistenţa să poată deveni un clement al inducţiei hipnotice?" (Erickson, 1990, p. 170).

Exemplu;

Terapeutul: „... şi mai degrabă sau mai târziu, veţi avea surpriza sa observaţi pleoapele inchizându-se" (prima legătură). Pacienta rezistă vizibil.

Terapeutul: „Puteţi avea tendinţa de a rezista..." (prescripţie a comportamentului earc pregăteşte a doua legătură). Surâs larg pe ţaţa pacientei.

Terapeutul: „... şi cu cât rezistaşi, cu atâtpleoapele...(pauz,a) devin mai grele" (a doua legătură).

în următorul exemplu, dubla legătură prinde pacientul între două alternative comportamentale - una conştientă, alta inconştientă - prin activarea unui proces disociativ.

Exemplu:

„Poate veţi dori să păstraţi ochii deschişi şi mi-ar place să faceţi acest lucru cât de mult puteţi. în mod firesc, noi toţi închidem ochii mai degrabă sau mai târziu. Am făcut acest lucru de-a lungul întregii noastre vieţi şi nu are importanţă cât am încercat să evităm închiderea ochilor, tot o vom face mai degrabă sau mai târziu. însă puteţi proceda cum credeţi că e mai bine pentru a menţine ochii larg deschişi, aceasta poate fi dorinţa dvs., dar şi ochii dvs. au şi ei dorinţa lor, şi ochii se vor închide" (Erickson, 1990, p. 170).

Una din inovaţiile pe care M. Erickson le-a introdus în raport cu hipnoza clasică este utilizarea clinică a sugestiilor posthipnotice. Aceasta îi servea esenţialmente pentru *prescrierea simptomului,* dar cu o uşoară modificare. Prin această uşoară modificare, este introdusă o schimbare în secvenţa comportamentală, care constituie simptomul. Hipnoterapeutul se serveşte de transa hipnotică pentru a provoca, printr-o sugestie poslhipnotică, o schimbare care va fi apoi amplificată în viaţa cotidiană a subiectului până ce simptomul dispare. Pentru ilustrare, prezentăm răspunsul lui M. Erickson adresat unui pacient care îşi rodea unghiile şi care, în plus, nu credea câ ar putea fi hipnotizat.

Exemplu:

„... în ceea ce priveşte faptul de a vă hipnotiza, de ce cantitate de hipnoză aveţi cu adevărat nevoie pentru a mă asculta ? Gândesc că nu aveţi nevoie de prea multă hipnoză, dar gândesc şi că vă plac micile capete de unghie. Şi le roadeţi de când aveţi patru ani, iar acum aveţi douăzeci şi sase de ani, şi-mi pare rău de dvs. că niciodată nu aţi obţinut altceva decât o mică bucăţică minusculă de unghie; nu aţi avut niciodată o bucată de unghie de mărime decentă pe care să o ronţăiţi. Douăzeci şi doi de ani de frustrare! Acum iată ce vă sugerez. Aveţi zece degete. Puteţi desigur să cruţaţi unul pentru a permite unghiei să crească şi, după ce unghia va avea o mărime decentă, rupeţi-o şi veţi avea ceva valabil de mestecat".

CAPITOLUL VIII

Practica hipnoterapiei clinice (erîcksoniene)

Abordarea hipnoterapiei ericksoniene impune din start câteva precizări pe care le considerăm necesare în vederea evitării unor confuzii nedorite, prima dintre ele referindu-se chiar la termenul de hipnoterapie. Există numeroşi autori (de exemplu Yapko, 1990) care recunosc cu onestitate că hipnoza nu este psihoterapie, ci doar o modalitate de a face terapie. Toate acele ritualuri sau scenarii de intervenţie hipnoterapeutică, pe care le prezentăm aici, se pot dovedi utile doar în măsura în care sunt integrate în cadrul unor intervenţii psihoterapeutice orientate strategic, recursul la acestea fiind motivat de nevoile clientului, identificate cu acurateţe. Hipnoza, asemenea oricărei forme de psihoterapie, se poate constitui într-o modalitate eficientă de a rezolva problemele clientului, doar în măsura în care se practică pe fondul unei relaţii terapeutice solide, la a cărei realizare îşi aduc contribuţia cu precădere acele elemente care au fost descrise de către Rogers şi colaboratorii lui: empatia, acceptarea necondiţionată şi congruenţa terapeutică. Fără contribuţia acestor ingrediente ale relaţiei psihoterapeutice ar fi foarte dificil de documentat o intervenţie psihologică încununată de succes. Este poate suficient în acest sens să amintim că în lipsa unei comunicări empatice, terapeutul ar fi incapabil chiar de a-şi forma o imagine adecvată asupra problemei cu care se confruntă clientul său.

Pentru mulţi specialişti, hipnoza ericksoniană este sinonimă cu utilizarea sugestiilor indirecte. Din punct de vedere teoretic, acestea pot fi definite ca acele sugestii, care pot evita cenzura impusă de instanţele conştiente, ajungând astfel Ia nivelurile inconştiente, unde pot activa potenţialităţi aflate în stare de latenţă (Fourie, 1997). Pe de altă parte, ele sunt definite operaţional ca o tehnică prin care se permite realizarea acestor obiective. Meritele lui Erickson sunt indiscutabile în elaborarea şi în impunerea pe scară largă a acestui tip de sugestii. în acelaşi timp însă, cantonarea intervenţiilor terapeutice care se reclamă a fi inspirate de spiritul inovativ al lui Erickson, exclusiv în cadrul sugestiilor indirecte, este excesiv de limitativă. Referindu-se Ia presupusa asociere a hipnozei tradiţionale cu sugestiile directe şi a intervenţiilor ericksoniene cu sugestiile indirecte, Bady {2000) argumentează intr-un studiu publicat recent că însuşi Erickson recurge în foarte multe dintre intervenţiile sale la intervenţii a căror directivitate este dincolo de orice dubiu. Autoarea citează totodată date de ultimă oră care infirmă ipoteza referitoare la superioritatea sugestiilor indirecte faţă de cele directe, susţinând în schimb eficienţa lor sensibil egală.

Bady este de părere că, deşi iniţial ar crea confuzie, combinaţia celor două

modalităţi de abordare ar putea facilita obţinerea unor rezultate superioare în tratamentul mai multor clienţi. Mai mult chiar, această abordare ne-ar putea readuce la respectul

manifestat de Erickson faţă de investigaţia ştiinţifică, la accentul pus de el pe unicitatea individului şi la disponibilitatea lui de a recurge la metode cât mai variate. Apreciem că aceste consideraţii formulate de Bady (2001) pot justifica o deschidere a terapeutului de orientare ericksoniană faţă de o multitudine de metode, indiferent daca acestea au fost concepute într-un cadru ericksonian sau nu. Suntem de părere că, în primul rând, cadrul strategic este cel care defineşte caracterul ericksonian al intervenţiei, şi nu sorgintea unora dintre metodele sau tehnicile la care se face recurs la un moment dat al intervenţiei terapeutice. Erickson s-a declarat în repetate rânduri un adversar al constrângerilor procustiene, atâl teoretice, cât şi metodologice, şi credem astfel că respectăm în cea mai mare măsură spiritul lui, recurgând de fiecare dată la acele tehnici şi metode, care promit maximum de beneficii terapeutice într-un context terapeutic dai. Eforturile de integrare a hipnozei tradiţionale cu cea ericksoniană se materializează şi în „noua hipnoză" propusă de De Broux (1997), care îşi defineşlc metoda ca reprezentând experienţa prin care te laşi purtat de fluxul producţiei cinematografice mentale, în cadrul unui demers ce vizează obiectivul desfăşurării unei acţiuni sau a descoperirii unui lucru, în condiţiile întoarcerii atenţiei dinspre realitatea exterioară înspre cea lăuntrică. Această experienţă alternativă a sinelui diferă de hipnoza tradiţională şi prin faptul că solicită din partea terapeutului - ca o premisă necesară a interacţiunii cu clientul şi a tratamentului eficient - o explorare de sine cuprinzătoare.

Caracteristica definitorie a intervenţiilor pe care le etichetăm ca fiind ericksoniene trebuie căutată în aplicarea consecventă a principiilor prezentate în prima parte a prezentei lucrări şi nu în utilizarea unor tehnici şi metode anume, fie ele împrumutate chiar din arsenalul personal al lui Erickson. Nimic nu poate fi mai elocvent în acest sens, decât gama extrem de variată de metode care au fost elaborate chiar de către discipolii lui Erickson (Haley, Watziawick, Gilligan, De Shazer, soţii Lankton, Rossi, Yapko, Bandler şi Grinder, Havens), atât de diferite unele de altele din punct de vedere tehnic, dar valorificând toate practic aceleaşi principii ericksoniene.

Un alt aspect, care în opinia noastră necesită clarificare, este acela al relaţiei dintre tehnicile şi metodele de inspiraţie ericksoniană, respectiv intervenţiile elaborate de reprezentanţi ai altor orientări terapeutice. O analiză atentă a tratamentelor descrise de către diferiţi terapeuţi ericksonieni ne arată că aceştia folosesc cadre conceptuale şi chiar tehnici concrete, care sunt în mod evident tributare unora dintre şcolile clasice ale psihoterapiei. Multe dintre intervenţiile practicate chiar de către Erickson par a fi puternic influenţate de abordarea behaviorisfă, în timp ce alţii aplică principii ale psihanalizei (de exemplu Bandler şi Grinder) sau ale terapiilor cognitiv-comportamentale (de exemplu Yapko). Haley (1981) îşi

exprimă chiar opinia că, la nivelul cel mai general, toate formele de psihoterapie aplică acelaşi model al schimbării: clientul este convins mai întâi că în ea/el pot avea loc modificări pozitive, sub influenţa intervenţiei terapeutului, chiar dacă în mod explicit nu i se pretinde să creadă că schimbarea ar fi posibilă. într-o a doua etapă, se aşteaptă din partea ei/lui să acorde asistenţă terapeutului, în eforturile pe care acesta le depune pentru a genera modificările scontate. In sfârşit, clientul trebuie să recunoască faptul că acţionează de o manieră diferită faţă de cea în care se manifestase mai înainie. Această demonstraţie îi permite lui Haley să formuleze concluzia că, la baza lor, diferitele forme ale psihoterapiei sunt de fapt doar simple variaţii ale aceluiaşi model general. O analiză cu rezultate similare este efeciuală şi de către studiile întreprinse de Frank asupra factorilor curativi comuni tuturor psihoterapiilor (Frank, 1985). Este

interesant să menţionăm în acesi sens şi atitudinea întru câtva zeflemitoare abordată de Erickson faţă de diferitele teorii psihologice şi psihoterapeutice, atitudine care i-a prilejuit de altfel lui Stern (1985) intitularea sugestivă a studiului său dedicat poziţiei teoretice a lui Erickson: *Nu există teorie mai bună decât lipsa teoriei (There's No Theory Like No-Theory).* Autorul citat insistă asupra refuzului lui Erickson de a adopta un unic model teoretic şi de a reduce astfel la modul absurd complexitatea experienţelor umane la această schemă simplistă, susţinând în schimb că, dacă Erickson avea teorii asupra persoanei umane, acestea în nici un caz nu erau teorii în sensul unui model unic asupra personalităţii, comportamentului sau terapiei, ci mai degrabă formularea unor ipoteze referitoare la o persoană anume, care urmau a fi luate în considerare, testate empiric şi modificate periodic, pentru a putea corespunde realităţilor fiecărei situaţii particulare. Privite printr-o astfel de perspectivă, teoriile ce stau la baza diferitelor orientări ale psihoterapiei, precum şi metodele derivate din ele pot servi terapeutului de orientare ericksoniană exact în măsura în care ele permit înţelegerea unui anume client, confruntat cu o situaţie particulară, fără a genera însă o limitare a acestei înţelegeri sau fără a forţa asupra acestui demers aspecte ce se regăsesc în modelul teoretic, dar sunt străine de realităţile persoanei. Nu întâmplător, Gilligan (1997) apreciază ca fiind demn de reţinut dintre principiile ericksoniene tocmai accentul pus pe unicitatea fiecărei persoane, acceptarea a tot ceea ce clientul aduce cu sine în terapie şi cooperarea cu acest material, respectiv restabilirea echilibrului şi bucuria vieţii. Camino *et al.* (1999) se situează practic pe aceeaşi linie de gândire, identificând următoarele premise fundamentale ale psihoterapiei ericksoniene: (1) orientarea naturalistă, care conceptualizează terapia şi transa ca fiind procese naturale ; (2) o orientare indirectă, directivă, incluzând sugestii hipnotice; (3) conceptualizarea clienţilor ca fiind capabili să răspundă la intervenţia hipnotică, în condiţiile în care răspunsul dat la acelaşi stimul de către fiecare dintre ei, va fi în mod firesc diferit; (4) utilizarea a tot ceea ce clientul aduce cu sine în terapie; (5) orientarea înspre prezentul şi viitorul clientului; (6) accentuarea aspectelor pozitive; (7) o abordare care include şi aspectele legate de ciclul familial.

Discutând integrarea hipnozei în intervenţiile cognitiv-comportamentale, Dowd (1997) subliniază faptul - trecut adesea cu vederea de către reprezentanţii acestei orientări - că mare parte din activitatea cognitivă este de natură tacită sau implicită, şi astfel metodele verbale, care sunt destinate cu precădere abordării cogniţiilor explicite, se dovedesc ineficiente în abordarea lor. în schimb, tehnicile care recurg Ia modalităţi ne verbale de influenţare, cum ar fi imageria mentală, procesarea emoţională ori condiţionarea hipnotică, pot izbuti cu succes şi în cazul cunoştinţelor tacite, respectiv a învăţării implicite. Un alt beneficiu, rezultat din recursul la mijloacele hipnoterapiei - şi mai ales la cele de inspiraţie ericksoniană - ar fi după Dowd acela că aceste tehnici sunt mai adecvate decât cele cognitive şi comportamentale tradiţionale pentru a adresa rezistenţele clientului faţă de intervenţie. In sfârşit, autorul apreciază că hipnoza, abordând în mod direct

schemele cognitive fundamentale ale identităţii şi conceptului de sine, respectiv regulile tacite aplicate de persoană în interacţiunile sale cu lumea, ar reprezenta un instrument psiho- terapeutic mai eficient decât acele abordări care vizează comportamente şi atitudini mai periferice. Totuşi, Dowd accentuează şi faptul că exact aşa cum aceste două forme ale cunoştinţelor reprezintă, nu polarităţi opuse, ci practic procese complementare, şi tehnicile hipnoterapeutice, asemeni celor neverbale, îşi găsesc locul integrate în terapiile cognitiv- -developmentale. Semnificativă pentru apropierea poziţiilor teoretice şi metodologice

este şi cea adoptată de către Bloom (1997), care dezbate cum un terapeut de orientare tradiţională poate integra elemente ericksoniene în intervenţiile pe care le practică, fără a deveni el însuşi un hipnoterapeut ericksonian. Mai mult chiar, Zeig (1999) susţine că metodele ericksoniene pot fi încorporate cu succes în orice disciplină terapeutică, ele având darul de a spori - în cazul efectuării acestei operaţii - eficienţa intervenţiei în cauză, iar Kirsch (1996) apreciază, la rândul lui, că hipnoza este în măsură să sporească atât eficienţa psihoterapiei cognitiv-comportamentale, cât şi a celei de orientare psiho- dinamică, acest efect fiind deosebit de pregnant, de exemplu, în tratamentul de lungă durată al obezităţii. Autorul sugerează de asemenea, pe baza numeroaselor studii care au demonstrat avantajul intervenţiilor care făceau recurs Ia hipnoză, că impactul este dependent de utilizarea cuvântului „hipnoză", pe care îl consideră un veritabil agent placebo validat empiric şi neamăgitor *(nondeceptive),* al cărui efect este mediat de expectaţiile legate de răspuns.

Interesant în acest sens este şi studiul comparativ efectuat de Yapko (1992), care demonstrează pe exemple concrete luate din practica terapiilor cognitiv-comportamentale, cum discuţia orientată după principiile acestei abordări valorifică mecanisme care sunt hipnotice în esenţă. Vom exemplifica analiza lui Yapko printr-un fragment preluat dintr-o intervenţie terapeutică practicată de către Beck, în coloana din dreapta fiind trecute corespondenţele hipnoterapeutice identificate de Yapko.

Terapeut: „Deci eşti de acord că ar fi o idee bună să mergi la ore de sport".

Clienta: „ Da, întotdeauna mă simt bine după".

Terapeut: „Bine, atunci aş vrea să-ţi imaginezi pas cu pas momentele traseului până acolo ".

Clienta: „Păi, va trebui să mă duc ca-ntotdeauna".

Terapeut: „Eu cred că trebuie săfim mai clari. Ştim că şi înainte te-ai mai hotărât să mergi la ore, dar de fiecare dată ai întâmpinat greutăţi. Hai să re-gândim fiecare moment în parte şi să vedem ce ar putea să ne împiedice să ajungem la oră. Aş vrea să revezi toţi paşii necesari pentru a ajunge acolo. Imaginează-ţifiecare moment în parte şi povesteşte-mi ce vezi "•

Clienta: „Bine. înţeleg ce vrei să spui".

Terapeut: „ Ora începe la nouă dimineaţa. La ce oră ar trebui să începem ziua ? ".

Realizarea relaţionării prin intermediul unui „Set Afirmativ" (O. Hanlon, 1987)
Acceptarea „Setului Afirmativ" ; accesare şi amplificare a unor sentimente aferente.
Sugestie directă în sensul asocierii sentimentelor de bine cu secvenţa comportamentală legată de frecventarea orelor de sport.

Accesare prin regresie de vârstă înspre secvenţa nereuşită.

Transfer de la regresie la progresie de vârstă; înainte de a interveni, orientarea din interior a pacientei spre o reprezentare completă şi detaliată a asocierilor curente şi totodată spre secvenţele următoare. Sugestie directă de a verbaliza conţinutul secvenţelor şi asocierilor.

Acceptă sugestia în sensul progresiei de vârstă şi verbalizării.

Ancorarea pivotului stabil care va trebui să constituie baza noii secvenţe comportamentale. Terapeutul se asociază pe sine (prin „noi")

Clienta: „Pe la şapte jumătate. Mă va trezi ceasul deşteptător şi cred că mă voi simţi groaznic. Urăsc să mă scol de dimi- neaţa".	cu noua secvenţă, ca suport extern pentru a facilita integrarea.
Terapeut: „ Cum poţi să rezolvi această problemă ?".	Progresie de vârstă pentru a identifica pivotul auditiv (prin asociere) care declanşează noua secvenţă comportamentală; identifică o asociere emoţională negativă legată atât de ceasuJ deşteptător, cât şi de ora matinală.
Clienta: „ Păi, mă voi trezi de aceea mai devreme. Mă voi îmbrăca şi voi lua micul dejun. Apoi îmi voi lua echipamentul. ... (pauză)... Dar stai puţin, nu am pantaloni scurţi. Acesta este un obstacol".	Presupune că acele asocieri pot fi întrerupte şi sugerează indirect (prin restricţie) să se acţioneze în acest sens prin mijloace nespecificate (sugestia procesului). Identifică o sursă: „timp suficient" ca o modalitate de a modifica asocierea interioară negativă; astfel asociază sentimente noi, pozitive, cu ceasul deşteptător şi ora matinală. Acum este în stare să mute accentul de pe latura emoţională pe cea comportamentală. Trece la următoarea secvenţă şi identifică detaliul concret care trebuie soluţionat.
Terapeut: „ Ce poţi face pentru a soluţiona problema ?	
Clienta: „ Păi, pot să mă duc să-mi cumpăr o pereche ".	
Terapeut: „ Poţi să-mi spui ce vezi ? Ce faci în continuare ? ".	Presupune că problema poate fi rezolvată; sugerarea indirectă (nespecificată) a procesului, referitoare la o strategie prin care clienta să facă acest lucru independent de terapeut.
Clienta: „ Văd că sunt gata de plecare, dar maşina nu este ".	Acceptă sugestia şi înlătură un obstacol.
Terapeut: „Cepoţi face ? ".	Confirmă soluţia, o ancorează vizual, facilitând într-o oarecare măsură disocierea de emoţii. Sugerează trecerea la următoarea secvenţă.
Clienta: „// rog pe soţul meu să aducă maşina din garaj mai devreme ".	Acceptă sugestia referitoare la reprezentarea vizuală, identifică următoarea problemă concretă.
Terapeut: „ Ce vezi în continuare ? ".	Presupune că problema poate fi soluţionată; sugerare indirectă a

procesului, vizând o strategie cu ajutorul căreia clienta poate face acest lucru independent de terapeut.

Identifică soluţia în mod independent.

Sugestie pentru vizualizarea următoarei secvenţe comportamentale la care se ajunge prin progresie.

Clienta: „ Conduc maşina dar mă hotărăsc să mă întorc din drum ”.	Se poate observa transferul de la viitor la prezent, respectiv caracterul imediat al asocierilor kinestezice neplăcute care blochează comportamentul.
Terapeut: *„De ce ?* ".	Sugestie directă pentru identificarea emoţiilor.
Clienta: „ Pentru că mă gândesc că voi arăta ridicol”.	Este identificat sentimentul actual al neadec- vării şi este asociat de imagini viitoare, care vor deveni parte integrantă a noii secvenţe comportamentale.
Terapeut: „§i care este răspunsul ? ”.	Presupune că emoţiile pot fi redirecţionate şi disociate prin terapie de noua secvenţă comportamentală. Sugestie indirectă pentru a face acest lucru.
Clienta: „ Păi, pe ceilalţi îi interesează doar exerciţiile şi nu cum arată cei din jur”.	S-a realizat disocierea. Este stopată perpetuarea sentimentelor de neadecvarc în structura noii secvenţe comportamentale, în timp ce se realizează transferul de la sentimentele de sfiala interiorizate, la îndreptarea atenţiei asupra exerciţiilor fizice.

(După Yapko, 1992, pp. 62-65)

Zindel (1996) argumentează cum cunoaşterea fenomenelor hipnozei (a transei hipnotice), respectiv a modului în care funcţionează sugestiile pot fi aplicate cu succes atât în psihoterapia orientată psihanalitic a clienţilor nevrotici, cât şi în cea a pacienţilor afectaţi de psihoză. Autorul aprecia7.â în egală măsură că, la rândul lor, conceptele fundamentale ale psihanalizei - cum sunt transferul, contratransferul, regresia, introiecţia sau „abstinenţa" terapeutică - îşi pot aduce contribuţia nu doar Ia o mai bună înţelegere a proceselor ce stau la baza hipnozei, dar şi la evitarea unor erori tehnice. Comparând abordarea adoptată de hipnoterapia ericksoniană cu tehnica de sorginte psihanalitică promovată de Langs, Warren (1997) constată, în schimb, că diferenţa ar consta în faptul că în timp ce în cadrul acestei din urmă intervenţii analistul ascultă povestirile relatate de către pacienţi pentru a le decoda şi a interpreta percepţia lor ascunsă, terapeutul ericksonian ascultă simptomcle şi spune la rândul lui povestiri care adaugă noi elemente, cu scopul de a modifica procesele inconştiente.

Un ultim aspect legat de sintagma hipnoterapie ericksoniană se impune a fi precizat. Conform unui mit răspândit pe scară largă, hipnoza constă într-o intervenţie puternic ritualizată, bazată pe un scenariu rigid, asemănător

unora dintre textele pe care le prezentăm chiar în acest volum. Pe de altă parte însă, hipnoterapia nici nu poate fi redusă la aplicarea acestor scenarii şi nici nu face în mod necesar recurs la ele. Mai mulţi autori afirmă răspicat că hipnoza nu este o terapie în sine, ci doar o modalitate de a face terapie (Yapko, 1990) sau un instrument de suport (Godoy şi Araoz, 1999), altfel spus o componentă importantă a unei intervenţii psihoterapeutice structurale. Spiegel *et al.* (2000) subliniază, la rândul lor, că transa hipnotică nu poate fi considerată terapeutică în sine, dar că îi permite clinicianului să utilizeze resursele psihologice ale clientului la modul

sistematic, punându-le pe acestea în slujba schimbării şi facilitând impactul intervenţiilor psihoterapeutice. Tehnicile hipnotice îşi pot găsi locul în cadrul unui tratament psiho- terapeutic ori de câte ori nevoile clientului justifică recursul la ele, dar ele nu pot acoperi totalitatea ingredientelor terapeutice necesare pentru rezolvarea problemelor psihologice cu care se confruntă persoana. Apreciem că multe dintre eşecurile atribuite hipnozei îşi au originea tocmai în nesocotirea acestui fapt. Avertismentul formulat de Beck *el al.,* după care „cel care doreşte să devină un bun terapeut cognitiv, trebuie să devină înainte de toate un bun psihoterapeut" (2000, p. 29) este fără doar şi poate în egală măsură valabil şi pentru hipnoterapeut, pentru că exact aşa cum terapia cognitivă (sau cognitiv- -comportamentală) nu poate fi practicată în afara unei relaţii terapeutice adecvate, nici hipnoterapia nu poate produce efectele scontate dacă face abstracţie de condiţiile generale ale practicii psihoterapie!. Indiferent că gândim în termenii unor intervenţii singulare sau in cei ai unor tratamente structurate pe mai multe şedinţe, rămâne Ia fel de valabil principiul nevoii integrării acestor scenarii de intervenţie în contextul mai larg al psihoterapiei. In ceea ce priveşte reversul medaliei, nu este mai puţin adevărat nici faptul că numeroase intervenţii pot fi considerate hipnotice, în ciuda faptului că ele nu recurg la tehnici formale de inducere a transei. Elocvente în acest sens sunt poziţiile exprimate de doi reputaţi autori Haley (1986) şi Watzlawick (1984 şi 1993). Primul dintre ei consideră că practic toate formele de psihoterapie îşi au originea în hipnoză, în sensul că fiecare dintre acestea solicită clientului să răspundă la o serie de comenzi care pretind un răspuns voluntar din partea lui şi cărora, pe neobservate, li se adaugă una care vizează un răspuns involuntar, făcând parte, de regulă, din repertoriul de răspunsuri definite de către client ca „scăpându-i de sub control". Psihanalistul, de exemplu, îi pretinde clientului („persoanei analizate") să se prezinte ia şedinţele de analiză, să-şi plătească consultaţiile, să se întindă pe canapea, toate acestea reprezentând instrucţiuni cărora persoana le poate răspunde în mod deliberat. In continuare, i se pretind o serie de lucruri - ca şi cum acestea ar decurge în mod firesc din cele făcute până acum, care însă fac parte din sfera comportamentelor „involuntare" : să aibă vise „spontane" care vor putea fi analizate împreună cu analistul, să facă asociaţii libere etc. în principiu, asocierea ritualului terapeutic - oricare ar fi forma concretă îmbrăcată de către acesta - de schimbările terapeutice conţine sugestia implicită (elementul hipnotic în esenţă) că ar exista o relaţie cauzală între cele două, deci că modificările ar fi o consecinţă nemijlocită a respectării ritualului efectuat în mod voluntar. Nu este deci întâmplătoare concluzia Iui Haley, că toate formele de psihoterapie - chiar dacă acest lucru nu este recunoscut de către acestea - şi-ar avea originea în hipnoză.

McNeilly (2000) apreciază că Erickson a eliberat hipnoza din

domeniul puterii patriarhale şi al ciudăţeniei, în care fusese expulzată de abordarea tradiţională şi a adus-o acolo unde îi este locul în mod firesc, adică pe tărâmul vieţii cotidiene. Urmare a acestei mutări, hipnoza devine mai accesibilă, ea putând fi translatată mai predictibil în viaţa de zi cu zi a clientului, adică tocmai acolo unde se aşteaptă din partea ei să producă acele schimbări care sunt in măsură să faciliteze rezolvarea problemelor cu care persoana se confruntă. Autorul insistă totodată şi asupra reorientării atenţiei terapeutului ericksonian dinspre aspectele psihopatologice prezentate de client înspre resursele posedate de acesta, îndreptarea proceselor terapeutice în direcţia acestora din urmă, asigurând astfel persoanei trăirea unei experienţe individualizate, generatoare de forţă psihică, în condiţiile

respectului manifestat de terapeutul pentru care, de asemenea, colaborarea cu clientul se constituie într-o sursă de satisfacţie.

Tamalonis şi Mitchell (1997) şr-au propus să compare impactul tehnicilor ericksonienc asupra performanţelor mnezice. 80 de studente care au participat voluntar la experiment au fost repartizate în patru grupuri experimentale: două grupuri au beneficiat de câte o şedinţă de hipnoză ericksoniană (unul a fost supus unei inducţii înregistrate pe casetă audio şi un altul de o inducţie prezentată de câte unul dintre experimentatori), un al treilea grup a avut parte de o inducţie tradiţională oferită de pe casetă, iar ai patrulea a funcţionat ca grup de control. Rezultatele au evidenţiat rezultate superioare înregistrate de ambele grupuri „ericksoniene''. Din păcate însă, rezultatele acestui studiu nu pot fi generalizate nici cu cea mai mare bunăvoinţă, având în vedere, în primul rând, faptul că nu se poate susţine că o intervenţie prezentată pe casetă audio ar putea ft reprezentativă pentru potenţialul hipnozei tradiţionale. într-o altă ordine de idei, nici inducţiile ericksonienc, prezentate în grup de către autorii studiului, nu pot fi considerate veritabile „mostre" ale unei categorii cuprinzătoare de tehnici, care prin definiţie caută să se modeleze după individualitatea fiecărui subiect în parte. Este adevărat că, practic, fiecare manual de hipnoză ericksoniană prezintă o colecţie de scenarii pentru intervenţie - asemeni celui de faţă -, acestea însă nu pot fi concepute altfel decât ca nişte modele generale, care urmează să fie ajustate după particularităţile clientului.

Jones *t't al.* (1998) apreciază ca elementele tipice ale abordării ericksoniene se dovedesc a fi deosebit de eficiente în munca cu copiii internaţi în serviciile de hematologie, respectiv oncologie pediatrică. Aceste tehnici îi permit clinicianului să intervină de o manieră creativă şi in formală, putând fi adaptate cu uşurinţă după nevoile micilor pacienţi. Datorită hipnoterapici ericksoniene, percepţia asupra bolii poate fi transformată într-o lume în care copilul să poată beneficia de confort, în care să dobândească sentimentul controlului şi în care să continue să se dezvolte sănătos.

Godoy şi Araoz (1999), care analizează studiile referitoare la utilizarea hipnozei în psihiatrie, publicate în perioada 1989-1997, apreciază că o proporţie substanţială a acestor lucrări prezintă deficienţe metodologice, datorate atât lipsei unui design evaluaţiv adecvat, cât şi recursului precar la aparatura statistică. Majoritatea cercetărilor în domeniu sunt studii de caz sau intervenţii efectuate pe mai puţin de cinci subiecţi, care nu permit formularea unor concluzii cu valoare generală. Concluzii asemănătoare sunt formulate şi de către Cardena (2000) în legătură cu absenţa studiilor sistematice care să ateste eficienţa hipnozei în tratamentul tulburării de stres positraumatic (PTSD). Autorul apreciază că, deşi persoanele afectate de PTSD prezintă hipnotizabilitate crescută şi hipnoza poate

fi utilizată pentru a trata simptomele asociate de această tulburare, respectiv pentru a asista procesul de modulare şi integrare a amintirilor traumatice, o concluzie fermă referitoare ia eficienţa intervenţiei s-ar putea formula doar pe baza unor studii sistematice. Aceste studii ar putea viza atât grupuri de pacienţi supuşi aceloraşi intervenţii, cât şi cazuri singulare, accentul punându-se pe caracterul sistematic al observaţiilor.

După cum se poate vedea, de altfel, din tabelele metaanalitice incluse chiar în acest volum, situaţia semnalata de către Godoy şi Araoz în 1999 nu a avut darul de a produce schimbări radicale în optica sau în metodologia autorilor care publică studii asupra eficienţei hipnozei. Predomină în continuare studiile de caz şi foarte rar sunt invocate instrumente psihodiagnostice validate în evaluarea dinamică a variabilelor relevante.

Considerăm semnificativă în acest sens şi poziţia exprimată de Peter şi Revenstorf (2000). Autorii citaţi comentează un studiu semnat de Matthews (2000), care acuză lipsa de suport empiric a asa-numitei terapii ericksoniene, atât sub aspectul eficientei, cât şi sub cel al validării constructelor fundamentale. Lucrarea lui Matthews reia de fapt observaţiile critice formulate un an mat devreme tot de către el, într-o lucrare scrisă în colaborare cu Conţi şi Starr (Matthews *et al.,* 1999) - cu unica diferenţă că, în timp ce în cadrul primei inspecţii a literaturii identifică patru constructe fundamentale, în cea de a doua numărul acestora se reduce la trei - şi reclamă de fapt inexistenţa acelor cercetări care le-ar permite terapiilor ericksoniene sâ corespundă standardelor riguroase ale tratamentelor validate empiric. Peter şi Revenstorf apreciază, la rândul lor, că trecerea în revistă a literaturii, de către Matthews este incompletă, autorul eşuând în a sesiza una dintre aserţiunile fundamentale formulate de către Erickson, anume aceea că hipnoza este în primul rând comunicare abilă *(„skilfitlcommunication"),* iar principiile acesteia - în fond ale terapiei ericksoniene - au fost încorporate în foarte multe dintre tehnicile şi metodele psihoterapeutice, chiar dacă acestea nu recunosc deschis paternitatea elementelor preluate din sursa amintită. Concluzia lui Peter şi Revenstorf - poate exagerată în formularea atotcuprinzătoare a autorilor, dar probabil pertinentă dacă restrângem sensibil zona în care îi conferim validitate - este aceea că ar fi posibil ca *toţi* hipnoterapeujii practicieni sâ aplice principiile terapiei ericksoniene, astfel încât documentarea riguroasă a eficienţei intervenţiilor practicate să poată fi trecută şi în contul metodelor promovate de cel care a inspirat principiile respective.

Se poate constata deci o insatisfacţie manifestă faţă de consistenţa studiilor dedicate eficienţei psihoterapiei hipnotice. Am putea adăuga observaţiilor critice formulate de autorii de mai sus şi pe aceea că, deşi multe dintre ele etichetate cu termenul generic de hipnoză, tratamentele efectuate în mod concret de diferiţii autori sunt şi ele extrem de variate, diferenţele putând fi constatate atât pe planul orientării generale a abordării terapeutice, cât şi pe cel al tehnicilor concrete utilizate, al complexităţii strategiei terapeutice sau al duratei tratamentului. Pe de altă parte însă, nu este mai puţin adevărat nici faptul că exact aceleaşi deficienţe metodologice sunt evidente şi în cazul altor forme ale psihoterapiei. Este extrem de dificil să se împace rigorile impuse de metodologia cercetării ştiinţifice cu specificul unui domeniu în care, probabil, singura legitate universală este cea referitoare la unicitatea fiinţei umane şi a structurii problemelor cu care oricare dintre reprezentanţii speciei umane se poate confrunta la un moment dat. Un alt neajuns metodologic provine cu certitudine din faptul că majoritatea clinicienilor care folosesc hipnoza în cadrul practicii lor psihoterapeutice nu sunt cercetători, ci profesionişti chemaţi să contribuie la rezolvarea problemelor clienţilor lor. Conceptul de *„scientist practitioner"* lansat de Asociaţia Psihologilor Americani - generos de altfel - se dovedeşte mai

degrabă dificil de realizat în practică, printre monştrii născuţi din lansarea cu orice preţ ca savanţi, de exemplu, faimoasele studii ce atestau cu doar aproximativ trei decenii în urmă, eficienţa ieşită din comun a terapiilor comportamentale în modificarea orientării sexuale a homosexualilor. Tendinţa de a plasa psihologul angrenat în practica clinică în lumina „savantului practician" are - cu tot respectul - de a face mai probabil cu crearea de impresii descrisă de către Goffman (1999), decât cu realităţile cotidiene ale practicii psihoterapiei. Goffman citează de altfel, în acest context, opinia lui Cooley, care constată că „acelaşi impuls, în urma căruia prezentăm lumii o imagine mai bună sau idealizată asupra noastră, se exprimă la modul organizat în cadrul diferitelor profesiuni şi clase, în

fiecare dintre acestea manifestându-se dc fapt o tendinţă de a poza... în zilele noastre. această tendinţă se manifestă în primul rând în ştiinţă, deoarece cu cât ceva este mai recunoscut şi mai admirat, cu atât mai numeroşi vor fi nevrednicii care se vor împăuna cu virtuţile ei" *(op. cit.,* p. 38). Orice intervenţie terapeutică constituie un experiment. pentru că ea este chemată să valideze ipoteza terapeutului referitoare Ia intervenţia unui mecanism psihologic, psihodinamic sau psihosocial in procesul dezvoltării problemei cu care se confruntă clientul şi la eficienţa strategiei terapeutice în rezolvarea problemei în cauză. Designul acestui „experiment" se realizează însă, de regulă, după alte principii decât cel al cercetării experimentale. Adevărul este că deontologia profesională îl obligă pe hipnoterapeut să respecte înainte de toate principiile metodologice ale psihoterapiei, el fiind responsabil în primul rând faţă de clientul lui şi de apărarea intereselor acestuia.

Fouric (1997) remarcă, la rândul lui, că strategiile tradiţionale de cercetare sunt neadecvatc pentru a confirma sau infirma, de exemplu, tezele formulate de Erickson cu referire la sugestiile indirecte, întrucât aceste studii sunt puternic biasate de recursul la paradigme inspirate de sugestiile directe. Rossi (1997) afirmă răspicat că cercetarea din domeniul hipnozei ar fi împovărată de abordarea lineară impusă de metodologia academică. Autorul vede ca o alternativă fructuoasă aplicarea abordării ne lineare, propuse de noua ştiinţă a auloorganizărij (cunoscută sub diverse alte denumiri ca: sinergetică, dinamică neliniară, complexitate adaptivă sau teorie a haosului), avansând speranţa că această paradigmă ar putea elibera cercetarea fenomenului hipnotic - precum şi a psihoterapiei în general - din impasul în care se zbate cercetarea de orientare academică.

Până să se ajungă la o validare mai riguroasă a metodelor şi a rezultatelor hipno- terapiei, trebuie să ne mulţumim cu cea a practicii cotidiene a tratamentelor ce fac recurs la hipnoză, mai puţin convingătoare, e drept, pentru exponenţii psihologiei experimentale, dar dc foarte multe ori pe depiin satisfăcătoare pentru persoanele care apelează la serviciile ei, adică tocmai pentru beneficiari. Pe de altă parte, probabil se impune un plus de grijă pentru susţinerea empirică a cauzei metodei pe care o practică, din partea acelor hipnoterapeuji care sunt eficienţi în intervenţiile terapeutice pe care Ic practică, dar care până în prezent s-au abţinui de la publicarea unor rezultate ale muncii lor.

CAPITOLUL IX

Structura unei intervenţii hipnoterapeutice

In mod obişnuit, intervenţia hipnotică cuprinde o serie de secvenţe succesive, fiecare dintre acestea îndeplinind o funcţie precis definită. Cu toate acestea, este important de reţinut că în anumite cazuri se poate renunţa la oricare dintre aceste componente, exact aşa cum se poate întâmpla şi să fim forţaţi de circumstanţele concrete în care lucrăm să ne lipsim de una sau alta dintre secvenţe.

Este de asemenea important de înţeles că secvenţele în cauză nu acoperă în totalitate durata unei *şedinţe* hipnoterapeutice, ci doar aproximativ o jumătate din aceasta. Am mai citat in această secţiune a tratatului nostru opinii ale unor reprezentanţi de prestigiu ai hipnoterapiei, care afirmă răspicat că hipnoza nu poate constitui o psihoterapie de sine stătătoare. Este util în acest context să evocăm din nou avertismentul cu pricina, întrucât o bună parte din psihoterapia propriu-zisă se desfăşoară tocmai în spaţiul neacoperit de intervenţia hipnotică. Pe de altă parte, elemente tipice ale hipnozei pot fi mobilizate şi în afara acestui cadru oarecum ritualizat al intervenţiei hipnoterapeutice, în sensul strict al cuvântului. Ne referim în acest context la recursul la sugestiile indirecte pe parcursul unei discuţii terapeutice „obişnuite" sau la utilizarea unor metafore terapeutice care nu au fost precedate de inducerea formală a transei hipnotice.

în sfârşit, subliniem faptul că secvenţele descrise în cele ce urmează nu pot fi concepute ca tehnici concrete prin care obiectivele acestora sunt duse la bun sfârşit, întrucât realizarea oricăreia dintre aceste secvenţe este posibilă prin recursul la o multitudine de metode şi tehnici, opţiunea pentru unele sau altele dintre acestea într-un caz concret fiind dictată de strategia terapeutică. (Vom reveni ulterior pe parcursul prezentei lucrări la prezentarea elementelor care contribuie la construirea strategiei pentru o intervenţie hipnoterapeutică eficientă.)

Am sumarizat în figura 1 secvenţele care alcătuiesc intervenţia hipnotică propriu-zisă. Acestea sunt: (1) inducerea transei; (2) aprofundarea hipnozei (transei hipnotice); (3) intervenţia terapeutică; şi (4) revenirea din transă. Inducerea stării hipnotice este precedată de o pregătire a clientului pentru intervenţie, respectiv intervenţia este urmată, de regulă, de discutarea experienţei trăite de către client.

Figura 1. Structura unei intervenţii hipnoierapeutice

1. Inducerea transei

Se referă la crearea acelui mediu terapeutic în care intervenţia terapeutică - menită să producă modificările scontate - urmează să se desfăşoare. Prezentarea acestei secvenţe a terapiei prin hipnoză impune câteva precizări, atât conceptuale, cât şi de natură practică.

Prima dintre ele se referă la conceperea hipnozei ca o stare particulară de conştientă, denumită în mod tradiţional „transă" sau „transă hipnotică", concepţie care a generat numeroase dispute teoretice, mulţi autori contestând legitimitatea referirii la o astfel de „stare" diferită de cea obişnuită de veghe şi preferând să o conceptualizeze ca pe un rol asumat de persoana „hipnotizată". în ceea ce ne priveşte suntem de acord cu Haley (1986), care apreciază că hipnoza se va dovedi o formă eficientă de tratament, chiar şi în eventualitatea în care cercetări neurofiziologice riguroase şi de necontestat ar dovedi inexistenta obiectivă a unei „stări" distincte de conştientă modificată. Astfel, vom continua să utilizăm termenul de „transă" cu valoare de metaforă, pentru a desemna acea *stare mentală* care în numeroase studii empirice s-a dovedit a fi propice pentru realizarea obiectivelor vizate de intervenţiile etichetate în mod tradiţional ca „hipnoterapeutice".

în al doilea rând, transa trebuie concepută ca o experienţă subiectivă, foarte puternic individualizată. Practic ea este trăită diferit de către fiecare persoană în parte. Acesta este principalul motiv pentru care abordarea ei, prin intermediul unor scale standardizate, este atât de puţin relevantă. Yapko (1990) identifică totuşi o serie de fenomene, a căror variate combinaţii definesc experienţele individualizate trăite de către persoane diferite ca transă hipnotică. Lista acestora include următoarele: orientarea selectivă a atenţiei; expresia lipsită de efort; implicarea experienjială neconceptuală; disponibilitatea de a experimenta; flexibilitatea orientării temporo-spaţiale; modificările percepţiei; fluctuaţiile gradului de implicare; inhibiţiile motorii, respectiv verbale; „logica transei" şi reducerea recursului la proba, realităţii; procesarea simbolică; distorsiunea timpului; amnezia. Având în vedere complexitatea fenomenelor hipnotice, ar fi hazardat să considerăm această listă ca fiind exhaustivă sau ca singura care ar putea fi întocmita. Chiar în prima parte a acestei lucrări este prezentat un alt inventar al fenomenelor asociate de transa hipnotică.

Definirea transei ca o trăire a unei combinaţii individualizate a acestor fenomene implică şi posibilitatea etichetării ca transă a unor experienţe care nu includ decât unele dintre elementele ce se regăsesc pe lista de mai sus. Se poate aprecia că, practic, trăirea oricăruia dintre fenomenele descrise, în contextul unei intervenţii definite ca „hipnotică", poate avea o valoare simptomatică pentru client, în sensul

că îi confirmă acestuia că se află într-o stare de conştientă modificată („transă"), rezultată în urma acţiunii terapeutului t'„hipnozei"). Această „conştientă a transei" este deosebit de importantă, având în vedere faptul că majoritatea clienţilor trataţi prin hipnoterapie prezintă tendinţa de a defini iransa ca o condiţie fundamentală a eficienţei intervenţiei. Astfel, identificarea unei modificări a stării mentale, rezultată în urma intervenţiei terapeutului, ca „transă" poate întări convingerea clientului că au fost create condiţiile pentru schimbarea terapeutică vizată şi poate crea într-adevăr o receptivitate maximă faţă de sugestiile, respectiv comenzile primite.

O inspecţie, chiar sumară, a listei fenomenelor asociate de transă ne permite să sesizăm faptul că acestea se manifestă şi în mod spontan, ele făcând parte din experienţele cotidiene ale fiecăruia din noi. Hipnoza nu face de fapt nimic altceva decât să evoce aceste experienţe şi să faciliteze dobândirea de către ci icni a controlului asupra producerii lor. Dificultăţile care sunt întâmpinate de multe ori la inducerea transei, chiar în cazul unor clienţi care intră cu multă uşurinţă în „transe spontane", sunt de fapt explicabile prin diferenţele ce pot fi evidenţiate între producerea spontană a unor fenomene, respectiv generarea lor voluntară. Chiar simplomele diferitelor probleme psihologice îşi datorează mare parte din impactul negativ pe care îl au asupra persoanei tocmai faptului că scapă de sub control acesteia. Sunt autori care apreciază că mecanismul prin care funcţionează aşa-numitele „comenzi paradoxale" (care prescriu producerea sau accentuarea voluntară a simptometor) - folosite în egală măsură de Erickson şi de Frankl - poate fi identificat tocmai în eşecul tentativei de a extinde controlul asupra unui fenomen spontan.

Din fericire pentru hipnoterapic, clienţii prezintă disponibilitate diferenţiată faţă de evocarea deliberată a diferitelor experienţe ce ar putea fi exploatate în inducerea transei. Astfel, sarcina terapeutului constă tocmai în identificarea acelor tipuri de experienţe care pot fi mobilizate fără dificultăţi de către client. Numărul mare al tehnicilor de inducere a transei se datorează faptului că acestea trebuie să răspundă nevoilor unor clienţi cu disponibilităţi extrem de diferite în acest sens.

In ultimă instanţă, proba practicii este cea în măsură să decidă asupra oportunităţii recursului la o modalitate sau alta, în cazul unui client dat. Terapeutul experimentat are însă la dispoziţie o serie de repere, care pot din start restrânge sfera căutărilor ce vizează conturarea celei mai eficiente abordări. Unul dintre aceste repere, descris de către Bandler şi Grinder (1990), îl constituie *sistemul de reprezentări dominant* al clientului, definit prin modalitatea senzorială preferată, cu ajutorul căreia persoana obţine informaţiile necesare pentru a-şi construi imaginile cu care operează la nivelul gândirii. Autorii susţin că practic fiecare persoană recurge selectiv la unul dintre cele trei sisteme de reprezentări principale: vizual, auditiv sau kinestezic, care la rândul lor comportă suhmodalilăţi caracteristice. De exemplu, cele mai comune submodalităţi ale sistemului vizual includ următoarele variabile: luminozitatea, dimensiunea, colorat sau acromatic, viu sau mat, proporţia culorilor, forma imaginii, numărul imaginilor, distanţa, contrastul, claritatea, acuitatea, durata, mişcarea sau lipsa ei, viteza mişcării, direcţia, strălucirea, punctul de vedere, reprezentarea asociată sau disociată, raportul figură-fond, calitatea suprafeţei (netedă, cu asperităţi etc), transparenţa, simetria, mărimea, reprezentarea bisau tridimensională etc. (Bandler, 1993). Submodalităţi Ic sistemului dominant de reprezentări constituie de fapt instrumentele cu ajutorul cărora persoana îşi structurează experienţele şi, în mod firesc, condiţia ca acestea să poată fi evocate eficient prin comenzi verbale este ca şi cuvintele folosite în acest scop să fie dintre acelea care desemnează respectivele submodalităţi. Iată,

de exemplu, o listă de cuvinte asociate de sistemul vizual de reprezentări: a privi, imagine, focus, imaginaţie, scenă, a vizualiza, perspectivă, strălucire, reflectare, clarificare, examinare, ochi, a prevedea, iluzie, a ilustra, a nota, privire de ansamblu, a releva, a vedea, a arăta, a supraveghea, întunecat etc. *(apud* O'Connor & Seymour, 1993, p. 46). Aceste cuvinte sunt integrate în construcţii pe care autorii citaţi le denumesc *fraze vizuale";* ele pot fi de tipul „Dacă mă uit bine la problema asta..." ; „Nu văd nici o ieşire din problema asta! "; „îmi este practic

imposibil să scap de imaginea asta..." etc. Verbele utilizate de client pot constitui un reper preţios pentru terapeut, permiţându-i acestuia să identifice sistemul dominant de reprezentări la care persoana recurge pentru a-şi structura experienţele şi să-şi formuleze la rândul lui intervenţia în termenii acestui sistem.

Sunt importante din punctul de vedere al inducerii transei - şi al intervenţiei prin hipnoză, în genera! - experienţele personale relatate de client, legate de trăirea profundă a unor evenimente. Relevante din acest punct de vedere sunt mai ales evocarea aşa-numitelor „transe spontane", respectiv amintirile clientului legate de inducerea anterioară a transei de către alţi hipnoterapeuţi. Cele dintâi se referă la situaţii în care persoana, foarte puternic marcată de anumite evenimente, a trăit stări vecine cu experienţa transei hipnotice (de exemplu : sentimentul plutirii, al absorbţiei, „halucinaţii" etc). Amintirea acestor experienţe este de regulă foarte vie şi ea poate fi exploatata cu maximum de eficienţă prin evocarea şi retrăirea lor. Cele din urmă sunt utilizabile in cazul acelor clienţi care au avut experienţa anterioară a unei intervenţii hipnoterapeutice. In aceste cazuri este important ca terapeutul să inventarieze nu doar acele amintiri care se leagă de reuşitele intervenţiei, ci şi acele aspecte care tinde dificultăţile întâmpinate, respectiv pe acelea care au fost trăite de către client ca surse de disconfort.

Un alt reper care îi permite terapeutului selectarea celor mai eficiente ingrediente pentru inducerea transei îl constituie testele de susceptibilitate hipnotică, a căror principală funcţie constă nu în identificarea clienţilor care nu s-ar preta la tratamentul prin hipnoza - cum eronat se crede uneori -, ci într-o cât mai bună cunoaştere a modului individualizat în care o persoană răspunde la diferitele forme de intervenţie.

Este meritul lui Erickson de a fi atras atenţia asupra importanţei luării în consideraţie a condiţiilor concrete în care se desfăşoară intervenţia hipnotică, astfel încât stimuli ambientali (de exemplu zgomote), care în mod obişnuit ar putea perturba bunul mers al şedinţei, să fie exploataţi în favoarea acesteia. Aşa-numitele „inducţii naturaliste" transformă aceşti stimuli în indicii ale intrării în transă (de exemplu: „ Cu cât vei auzi mai bine zgomotele din afara, cu atât mai profund te vei scufunda în transă, pentru că hipnoza ţi-a amplificat acuitatea simţurilor... şi în timp ce conştienta îţi va fi ocupată de aceste zgomote... inconştientul tău va putea fi mai atent... şi mai receptiv... faţă de lucrurile importante pe care ţi le voi spune..."). Alteori, terapeutul poate utiliza dinamica acestor stimuli aparent perturbatori, pentru a sugera intrarea progresivă în transă (de exemplu: „Şi desigur poţi auzi zgomotul puternic produs de motorul maşinilor care trec pe stradă... şi atenţia ta poate fi captată de una dintre maşinile care tocmai se apropie... poţi auzi motorul, din ce în ce mai puternic, pe măsură ce se apropie... şi este atât de puternic acum zgomotul, că îţi monopolizează practic toată atenţia... şi urmăreşti zgomotul motorului... pe măsură ce se îndepărtează... încerci să nu-lpierzi... dar este din ce în ce mai îndepărtat... îl auzi din ce în ce mai greu... până când dispare cu iotul... şi aşa se îndepărtează de tine şi

celelalte zgomote... şi stimuli... când intri în transă din ce în ce mai adânc... relaxându-te din ce în ce mai profund... în timp ce zgomotele din această încăpere... şi de afara se îndepărtează de tine din ce în ce mai mult... aşa cum s-a îndepărtat şi zgomotul produs de maşina de mai înainte... şi cum se va îndepărta şi cel al maşinii pe care o vei urmări poate acum... pentru că atunci când intri în transă... zgomotele se îndepărtează din ce în ce mai mult de tine... şi te relaxezi din ce în ce nuzi profund... intrând într-o transă binefăcătoare şi reconfortantă din ce în ce mai profundă... care te va putea ajuta să-ţi rezolvi mai eficient problemele... şi să te simţi din ce in ce mai bine...").

Poate mai important însă decât orice altceva în inducerea transei este ca terapeutul să ia în considerare starea de moment a clientului său şi să-şi adapteze intervenţia după datele acesteia. Terapeutul emite două tipuri de aserţiuni în vederea generării transei:

(a) Primele sunt *constatative,* ele dând de fapt o formulare verbală comportamentului şj experienţelor clientului (de exemplu: *„Eşti aşezat confortabil pe acest scaun, respiri profund şi liniştit şi asculţi ceea ce îţi spun.*Prin intermediul acestor fraze constatative (pentru care în literatura de specialitate se foloseşte termenul *„pacing"),* terapeutul poate integra în angrenajul intervenţiei hipnoterapeutice practic orice răspuns, deliberat sau spontan, al clientului. Bandler şi Grinder (1975), autorii uneia dintre cele mai profunde analize a*paltem-utilor* de hipnoterapie ericksoniană, apreciază că terapeutul a rezolvat cu succes sarcina de a da o expresie verbală experienţelor clientului în măsura în care verbalizările pe care le formulează sunt acceptate de către persoană ca o descriere adecvată a trăirilor sale. (Se poate sesiza cu uşurinţă că *pacing-vft.* astfel definit de către părinţii NLP-ului se suprapune practic peste empatie, aşa cum aceasta din urmă este conceptualizată de către exponenţii terapiilor centrate pe client: Rogers, Truax, Tausch, Gordon etc.) Autorii citaţi distribuie hipnoterapeutul în rolul unui „mecanism sofisticat de *biqfeedback* Descrierile constatative se pot referi, de altfel, la două aspecte ale experienţei clientului. Unele dintre ele vizează acele răspunsuri care pot fi observate nemijlocit de către terapeut, asemeni exemplului de mai sus. Alte fraze ale terapeutului formulează, în schimb, aspecte insesizabile, a căror verbalizare poate fi rezolvată în felul următor:.....
şi în timp ce continui să respiri profund şi liniştit... vei putea simţi o anumită senz/tfie... ". Credem că acest exemplu este concludent pentru a ilustra principiul utilizat de către Erickson: el indică direcţia în care trebuie căutată experienţa ce nu poate fi observată direct de către terapeut (senzaţiile), putând miza pe faptul că inevitabil clientul va putea simţi senzaţii discrete sau chiar intense, dar are totodată grijă să nu precizeze care este natura exactă a senzaţiei pe care clientul o simte, respectiv urmează să o simtă.

(b) Aserţiunile din a doua categorie sunt cele prin care terapeutul îşi *dirijează* clientul în direcţia impusă de obiectivele imediate ale inducerii transei. (Termenul folosit în original *este* de *„leading",* adică de conducere a clientului, respectiv a procesului de generare a transei.) Formularea acestor aserţiuni vizează în fapt producerea acelor fenomene care sunt asociate de transă şi care un mod obişnuit sunt considerate ca fiind supuse controlului involuntar. Tocmai din acest motiv, este crucială asocierea comenzilor de afirmaţiile constatative, sugerând astfel că producerea fenomenelor pe care le vizează ar fi la fel de firească precum cea a experienţelor luate la cunoştinţă sau chiar că ar putea exista o legătură cauzală între cele două categorii de fenomene. Bandler şi Grinder identifică trei categorii diferite de relaţii care pot fi

sugerate. Cea mai slabă conexiune
este implicată de conjuncţia simplă (de exemplu: asculţi ceea ce îţi spun şi te
relaxezi din ce în ce mai profund..."). Relaţia cauzală implicită sugerează o legătură mai puternică (de exemplu: „... şi în timp ce stai aşa, cu ochii închişi, instalat confortabil în acest fotoliu, te vei putea cufunda şi mai profund într-o transă binefăcătoare..."). Cea mai puternică asociere este exprimată însă de formularea explicită a unei legături de tip cauză-efect (de exemplu: poţi rămâne aşa, cu och ii înch işi... şi ascultarea a ceea ce
îţi spun te poate ajuta să te relaxezi şi mai profund... ").

Este important de reţinut că succesul intervenţiei nu depinde de validitatea logică a conectării celor două categorii de fenomene, ci de eficienţa cu care terapeutul reuşeşte să lege ceea ce clientul simte la un moment dat de ceea ce urmează să simtă în momentul

următor. Din acest punct de vedere, este important ca afirmaţiile consta ti vc să poată fi verificate imediat de către client, astfel încât acesta să dobândească convingerea că aserţiunile terapeutului sunt valide. Deosebit de utile se dovedesc acele verbe care nu pot fi încadrate fără echivoc în categoria predicatelor constatative sau diriguitoare. Lista acestora cuprinde, printre altele, verbe ca: a te întreba ; a gândi; a te simţi încordat/ relaxat; a şti; a trăi o experienţă; a conştientiza; a-ţi aduce aminte etc). Echivocul acestor predicate este dublu; pe de o parte nu este foarte clar, dacă ele se referă la o „acţiune" care csle deja operativă sau la una care de abia de acum încolo va produce rezultatele scontate, iar pe de altă parte, atunci când le folosim, nu este foarte clar dacă ne referim la recursul deliberat la „serviciile" lor sau dacă avem în vedere manifestarea lor spontană. \&pko (1990) utilizează termenul *„înlănţuire" (chaining)* pentru a denumi procesul prin care enunţurile constatative sunt legate de cele menite să dirijeze clientul, arătând că, daca într-o fază incipientă a inducerii transei predomină cele dintâi (4-5 enunţuri din prima categorie pot fi urinate de o comandă simplă, după care sunt prezentate din nou 4-5 fraze constatative, urinate la rândul lor de una care se referă la *o* modificare vizată de terapeut şi aşa mai departe), pe măsură ce clientul intră în transă, proporţia sugestiilor creşte progresiv. Raportul celor două tipuri de enunţ poate fi inversat după ce terapeutul s-a convins că persoana se supune sugestiilor hipnotice. De altfel, sesizarea cu acurateţe a acestui moment reprezintă una dintre cele mai delicate secvenţe a inducerii transei, de ea depinzând în bună măsură reuşita intervenţiei. Pripeala în acest sens poate avea drept consecinţă refuzul tacit al clientului de a urma comenzile cc-i sunt adresate, sau supunerea doar la acelea dintre ele care pot fi duse la bun sfârşit la modul deliberat. (Este important de notat că modificările vizate de intervenţia hipnoterapeutică nu fac parte din categoria acestora, având în vedere faptul că simptomele cărora se adresează se produc în mod spontan.)

Aplicarea *„principiului utilizării",* formulat de Erickson, îi permite terapeutului să se integreze în sistemul clientului şi, în acelaşi timp, să stimuleze modificarea acestuia din exterior. „Terapeutul devine «parte» *(part of)* a sistemului clientului, *absorbind patlern-urile* acestuia, dar operează păstrându-se «la o parte» *(apari from)* de corelaţiile devaluative care compromit autonomia generativă a persoanei" (Gilligan. 1985, p. 211).

Inducerea transei poate fi realizată şi prin recursul la „scenariile" concepute cu precădere în cadrul abordărilor tradiţionale ale hipnozei. Autorii care au elaborat aceste texte prefabricate au luat în consideraţie practic toate principiile care stau Ia baza structurării intervenţiei şi a utilizării limbajului hipnotic, cu singura excepţie a celui ce se referă la utilizarea reacţiilor individualizate ale clientului. Scenariile în cauză sunt realizate pe baza înlănţuirii unor enunţuri constatative cu cele menite să dirijeze reacţiile clientului, doar că sunt „luate la cunoştinţă" nu reacţiile observate ale clientului, ci acelea care pot fi aşteptate să se producă cu cea mai mare probabilitate. De asemenea, imaginile sugerate au o bază polisenzoriaiă, astfel încât să maximalizeze probabilitatea ca fiecare client în parte să regăsească în mulţimea acestora acele elemente care se pliază pe modalitatea lor dominantă. Astfel se explică faptul că la o proporţie semnificativă dintre clienţi, aceste scenarii pot fi utilizate cu succes. Textele tradiţionale şi-au probat eficienţa de-a lungul deceniilor şi recursul la ele continuă să se justifice mai ales în cazul hipnoterapeuţilor începători care încă nu au dobândit în suficientă măsură capacitatea de a improviza intervenţia pe baza observării atente a clientului. Există şi scenarii care caută să structureze într-o formă stabilă elemente utilizate în intervenţiile naturaliste, care de regulă sunt construite pornind de la condiţiile concrete în care este practicată

intervenţia. Un astfel de scenariu, preluat după Havens şi Walters (1988) şi prezentat în anexele acestei lucrări, este *„inducţia naturalistă”,* o intervenţie deosebit de utilă pentru abordarea clienţilor anxioşi, respectiv pentru situaţiile în care suntem nevoiţi să practicăm hipnoza într-un mediu zgomotos. ,

Practica noastră a demonstrat utilitatea recursului - înainte de prima intervenţie hipnoterapeutică - la aşa-numita „buclă a transei", formulată de Gilligan (1985), care are darul de a genera acea deschidere către experienţe a clientului, care ii poate permite acestuia să profite la maximum de pe urma intervenţiei. „Bucla" prezintă totodată sub o formă cât se poate de sugestivă, raportul ce există între universalitatea fenomenului reactivităţii hipnotice şi individualizarea răspunsurilor personale ia intervenţia care vizează inducerea transei hipnotice. (Prezentarea „buclei transei" poale fi găsită în prima parte a acestei lucrări, la paginile 125-126.)

Atât în cazul intervenţiilor bazate pe scenariile prefabricate, cât şi în cel al inducţiilor mulate după client, cel mai important lucru în asigurarea succesului îl constituie obţinerea *feedback-alai* din partea clientului, practic imediat după consumarea intervenţiei. Acest demers îi permite hipnoterapeutului să identifice - în vederea adaptării cât mai eficiente a următoarelor intervenţii - acele elemente ale scenariului utilizat, care s-au dovedit a exercita efectul scontat asupra clientului şi să le reţină, respectiv să le accentueze pe acestea. Totodată, terapeutul va putea, pe baza discuţiei purtate cu persoana, să înlăture acele componente ale textului original care s-au dovedit a genera senzaţie de disconfort, respectiv a căror prezenţă s-a dovedit a fi de prisos, încărcând fără rost scenariul folosit pentru inducerea hipnozei. Astfel, scenariul „lucrativ" propriu-zis este unul la care hipnoterapcutul şi clientul său ajung pe baza unei cooperări în care comunicarea pe marginea trăirilor evocate în client de diferite componente ale intervenţiei constituie elementele-cheie.

2. Aprofundarea transei

A fost tratată în prima parte a acestei lucrări, în care au fost prezentate pe larg şi tehnici concrete de realizare a ei. Considerăm util să insistăm doar asupra uneia dintre tehnici, cea a *„loculuipreferat”,* a cărui importanţă hipnoterapeutică nu poate fi subestimată. Evocarea locului preferat se face printr-o tehnică foarte simplă, permisivă, care ii permite clientului să aleagă un loc în care ar dori să se afle in chiar momentul intervenţiei.

(In experienţa noastră, la unii clienţi locul preferat prezintă o remarcabilă stabilitate, aceste persoane preferând să revină în acelaşi spaţiu, ori de câte ori sunt invitate să şi-1 caute, în timp ce alţii îşi evocă mereu alte locuri.) Cu ocazia primei intervenţii, sugestiile menite să evoce locul preferat sunt plurisenzoriale, pentru a-i permite clientului să descopere acele elemente, cu sprijinul cărora îşi va putea reprezenta locul preferat, astfel încât trăirile sale să fie cât mai vii. pe baza discuţiei ce urmează acestei prime intervenţii putem afla de la client care sunt acele elemente asupra cărora merită să insistăm în viitor, respectiv care sunt cele la care putem renunţa. Acest demers poate fi realizat sub o formă mai structurată prin recursul la tehnica HARP (o parte a acestei tehnici este prezentată în anexele

acestei lucrări). Iată textul folosit pentru evocarea locului preferat:

„Vom denumi acest loc, locul tău preferat. Acesta s-ar putea săfie un loc in care ai mi fost şi In care întotdeauna ţi-ai dori să revii. S-ar putea săfie un loc în care nu aifost

niciodată, dar despre care ai auzit sau ai citii si în care întotdeauna ţi-ai dorit să ajungi. Sau, s-ar putea săfie un loc care nu există decât în imaginaţia ta, în fantezia ta dintotdeauna, şi de existenţa căruia poate abia acum afli si tu pentru întâia oară. Lasă deci gândul să te poarte la acest loc şi, când vei şti că ai ajuns acolo, îmi vei comunica acest lucru prin ridicarea degetului." în momentul în care apare reacţia, îi spunem: „Bine, acum că ştim că ai ajuns în locul tău preferat, te rog să iei în stăpânire acest loc. Instalează-te confortabil, priveşte în jurul tău, pentru a lua în stăpânire toată frumuseţea, splendoarea acestui loc. Apleacă-ţi urechea asupra sunetelor, pipăie ceea ce consideri că merită să fie pipăit, lasă toate simţurile să se bucure de plăcerea de a fi acolo, aşa cum şi eu te voi lăsa 2-3 minute, să rămâi singur, în locul tău preferat". După aproximativ 3 minute, îi spunem: „Înainte de a reveni de la locui tău preferai, este bine să ştii că acest loc îţi aparţine şi că vei putea reveni acolo, ori de câte ori vei dori sau vei simţi nevoia, pentru a te putea relaxa, pentru a te putea odihni, pentru a-ţi putea aduna foiţele sau pentru a putea fi doar cu line însuţi/însăţi. Te rog, deci ca până la proxima întâlnire cu locul tău preferai, să-ţi iei rămas bun, să priveşti încă o dată de jur împrejur, să laşi simţurile tale săfie pătrunse de locul tău preferat".

Consideräm utilă inserarea acestei componente a hipnoterapiei după tehnicile de aprofundare prin numărare şi înainte de a trece la intervenţiile terapeutice propriu-zise. Dacă precedentele tehnici vizează de regulă o aprofundare a transei, în special prin desăvârşirea stării de relaxare, locul preferat generează o receptivitate crescută faţă de trăirile hipnotice şi faţă de reprezentările imaginare. Contactul cu locul preferat prezintă un impact emoţional pozitiv, personalizând în mare măsură intervenţia prin legăturile ei cu experienţele anterioare pozitive ale clientului. Este un spaţiu imaginar, generator al sentimentelor de confort şi siguranţă, diii care clientul poate porni cu o dispoziţie potrivită pentru a se confrunta cu alte componente ale intervenţiei hipnoterapeutice, purtătoare, de regulă, de mai multe tensiuni şi nelinişti. Reprezintă totodată locul în care poate reveni pentru a regăsi liniştea şi siguranţa între secvenţele solicitante ale intervenţiei, înainte de a relua confruntarea cu acestea. In sfârşit, prin asocierea sa cu situaţia terapeutică, devine acel element a cărui invocare în intervalele dintre şedinţe poate evoca sentimentul de siguranţă oferit de contextul terapeutic.

3. Tehnicile (intervenţiile) hipnoterapeutice

Sunt în esenţă metode, simple sau complexe, care vizează realizarea unor obiective specifice hipnoterapiei. Unele dintre ele pol fi finalizate în cadrul unei singure intervenţii, pe când altele necesită mai multe şedinţe. Prezenţa lor în cadrul unei şedinţe de hipnoză nu este obligatorie, efecte terapeutice putând fi obţinute uneori prin simpla inducere şi aprofundare a transei, caz în care se profită de starea de relaxare indusă hipnotic, intervenţia având acelaşi efect ca o simplă metodă de relaxare. Se mai poate întâmpla ca intervenţia să fie lipsită de aportul tehnicilor propriu-zise

ale hipnoterapiei, din considerente de familiarizare a clientului cu hipnoza şi de pregătire a acestuia pentru intervenţii terapeutice ţintite. Se poate argumenta în acest sens că, în condiţiile în care persoana s-a familiarizat cu hipnoza datorită acestui tip de antrenament, intrând mai uşor şi mai profund în transă, eficienţa intervenţiilor terapeutice pe care le descriem în cele ce urmează este sporită, deşi sunt autori care apreciază că eficienţa hipnoterapiei nu ar fi influenţată de profunzimea transei. Oricum, din perspectiva abordării strategice, ar fi

dificil de susţinut o opţiune care renunţă la beneficiile rezultate de pe urma unor elemente specifice ale intervenţiei, puse în slujba unor obiective terapeutice ţintite.

Ar fi de asemenea greşit să se creadă că aceste tehnici ar putea fi aplicate toate în cadrul unei singure şedinţe hipnoterapeutice. în funcţie de strategia terapeutică, concepută pentru tratamentul unui client anume, unele dintre aceste elemente terapeutice pot apărea în prim-plan, în timp ce altele pot sâ nu fie incluse deloc. Este important de reţinut. totodată, că pentru realizarea fiecăreia dintre aceste intervenţii avem la dispoziţie o multitudine de tehnici, dintre care putem opta - în funcţie de caracteristicile individuale ale clientului şi de natura problemei cu care se confruntă - pentru aceea care promite a fi cea mai eficientă. Din acest punct de vedere, hipnoterapia se află într-o poziţie privilegiată printre metodele terapeutice, arsenalul ei tehnic nefiind probabil egalat de a nici unei alte metode. Limitele acestor posibilităţi sunt împinse şi mai departe de libertatea de a adapta mijloacelor proprii tehnici elaborate în cadrul altor metode (de exemplu, psihanaliză, terapii cognitiv-comportamentale etc), respectiv de a crea pur şt simplu - bineînţeles în condiţiile respectării unor principii riguroase ale practicii hipnoterapiei - tehnici sau forme noi de intervenţie. Este lesne de înţeles, prin perspectiva acestor considerente, de ce este atât de dificil de realizat o clasificare chiar sumară a tehnicilor hipnoterapeutice. Nu întâmplător, şi cea pe care o propunem este lipsită de pretenţia unei cuprinderi exhaustive a tipurilor de tehnici hipnoterapeutice, autorii apreciind ca pertinentă rezumarea la cele mai importante dintre ele.

3.1. întărirea eului

Există numeroase opinii exprimate de hipnoterapeuţi recunoscuţi, conform cărora este oportun - sau chiar necesar - ca orice intervenţie psihoterapeutică să fie precedată de măsuri menite să întărească sentimentul de încredere al clientului (Yapko, 1992; Hawkins, 1996). Havens şi Walters (1989) subliniază, de asemenea, că în cazul acelor clienţi care prezintă *locus* al controlului extern şi care sunt convinşi că soluţionarea problemelor personale depinde în totalitate de modificări induse de altcineva sau de altceva, obiectivul iniţial al intervenţiei terapeutice trebuie să se constituie în reorientarea către un sentiment al controlului exercitat din interior. Autorii afirmă că „hipnoterapia nu poate fi eficientă atât timp cât persoana apreciază că nu îşi poate asuma responsabilitatea pentru propriile emoţii, gânduri şi manifestări comportamentale" *(op. cit.,* p. 26). De Shazer (1985 ; 1990) şi ceilalţi specialişti care se declară adepţi ai abordării centrate pe soluţii promovate de către acesta (Walter şi Peller, 1992, O'Hanlon şi Weiner-Davis, 1995; George *et al.,* 1995), pot fi consideraţi exponenţii cei mai

angajaţi ai poziţiei care susţine nevoia de a contracara încă din start sentimentul de neputinţă al clientului.

„Foiţa eului" poate fi operaţionalizată prin capacitatea sinelui de a instrumenta măsuri, întreprinse de către persoană, în vederea adaptării Ia diferitele situaţii de viaţă, a realizării obiectivelor considerate importante, respectiv a rezolvării problemelor cu care persoana se confruntă. Astfel definită, forţa („tăria") eului reprezintă acea dimensiune a sentimentului de sine, care estimează şansele persoanei de a putea face faţă diferitelor provocări întâmpinate în viaţa de zi cu zi. Din acest punct de vedere, ceea ce înţelegem prin „forţa eului" prezintă pronunţate similitudini cu „expectanţele" aşezate de Mischel (1985) în rândul celor cinci categorii de *variabile personale* care determină comportamentul uman.

Baddeley a definit scenariile ca fiind, în esenţă, „un pachet integrat de informaţii, care poale fi folosit în scopul interpretării sau înţelegerii unei anumite situaţii" (1998, p. 126). Scenariile reprezintă cazuri particulare ale schemelor, fiind de fapt nişte scheme complexe, în măsură să înglobeze cunoştinţele noastre generalizate, referitoare la evenimentele cotidiene. Acestea sunt construcţii semantice, care reflectă probabilitatea unui anumit curs al secvenţelor evenimentului dat. Scenariile permit atât anticiparea seriei de acţiuni pe care urmează să le întreprindem atunci când ne confruntăm cu o anumită situaţie (şi deci planificarea comportamentului adaptiv), cât şi a deznodământului posibil al demersului nostru,

Schemele - la rândul lor - reprezintă o unitate coerentă de reprezentare structurată, care organizează experienţa (Mandler, 1992). Schemele nu fotocopiază realitatea, ci se constituie în reprezentări abstracte ale regularităţilor experienţiale. Ele rezultă din interacţiunile noastre cu mediul social şi fizic, definind - după cum arată şi Neisser (1984) - ceea ce este probabil să vedem, să auzim şi să ne amintim, respectiv ceea ce nu ne aşteptăm să vedem sau să auzim. Augoustinos şi Walker (1995) definesc şi ei schema ca reprezentând „o structură mentală ce conţine expectaţii şi cunoştinţe generale referitoare la lume" (p. 32). Acestea pot include expectaţiile noastre generale cu privire Ia persoane, roluri sociale, evenimente sau la cum să ne comportăm în anumite situaţii.

Multe dintre scenariile care alcătuiesc repertoriul individului ajung să treacă prin această veritabilă „probă a focului" : punerea în practică. în principiu, scenariile sunt elementele care alcătuiesc un fundament solid pentru imaginea de sine. Punerea în practică a scenariilor nu este însă lipsită de probleme. Pe de o parte, aceste probleme ţin de selectivitatea memoriei umane, precum şi influenţele exercitate de stările emoţionale asupra tipului de experienţe care trec prin filtrul selectiv (Ingram şi Hollon, 1986; Baddeley, 1998; Schacter, 1998). Depresia, de exemplu, atrage după sine facilitarea accesului la amintirile legate de eşecuri şi experienţe negative şi îngreunează considerabil evocarea acelor performanţe care ar fi putut sta la baza construirii unor „scenarii ale satisfacţiei". Putem presupune în aceste din urmă cazuri, intervenţia aşa-numitului „blocaj cognitiv", descris de Beck (1985), care interferează în depresie cu receptarea şi/sau integrarea datelor pozitive. Pe de altă parte, trebuie să avem în vedere şi faptul că însăşi existenţa unui scenariu ipotetic poate îndeplini funcţia profeţiei ce se autoconfirmă. în astfel de situaţii, eşecul înregistrat se poate interpreta nu ca un fapt care validează scenariul ce anticipa acest deznodământ, ci ca o consecinţă a preexistentei lui. In sfârşit, putem aminti *si* acele situaţii în care un scenariu al neputinţei sau al eşecului anulează din start orice încercare a persoanei de a se confrunta cu provocările situaţiei la care se referă scenariul. Mischel (1985) a denumit „expectaţii legate de consecinţele stimulării şi comportamentului" acele variabile personale, care, anticipând deznodământul acţiunilor persoanei, determină angajarea în acţiunea vizată sau, dimpotrivă, renunţarea la orice încercare, presupusă oricum din start a fi zadarnică. Aceste din urmă

expectaţii au fost descrise pe larg de către Seligman (1998) sub denumirea de „neputinţă învăţată". Seligman arăta că aproximativ o persoană din zece reacţionează cu această atitudine de neputinţă la orice situaţie de solicitare cu care se confruntă, „confirmându-şi" astfel, scenariile negative.

Scenariile au la bază aşa-numitele *„prezumţiifundamentale" {„basic assumptions", „core beliefs")* care sumarizează sub forma unor reguli generale principiile după care ne ghidăm atunci când gândim. Convingerile referitoare la propria persoană pe care Ie

implică prezumţiile fundamentale sunt atât de puternice, încât ele sunt trăite de către persoană ca realitatea însăşi (Mirabel-Sarron şi Riviere, 1993). Deşi mai greu accesibile sondării conştiente, prezumţiile fundamentale sunt deosebit de importante, întrucât ele îşi pun amprenta asupra modului în care gândim „Ia suprafaţă" în foarte multe situaţii. Existenţa acestor prezumţii fundamentale este în măsură să explice şi fenomenul aşa-numi- telor „gânduri automatizate", definite de către Beck ca acele cogniţii care tind să apară rapid şi automatizat, ca prin reflex, care nu se supun controlului voluntar şi conştient şi care par a fi cu totul plauzibile persoanei (Beck, 1991; Rush şi Beck, 2000). Schemele ce alcătuiesc osatura prezumţiilor fundamentale reprezintă structuri cognitive idiosincra- tice ce se dezvoltă de-a lungul vieţii persoanei, începând cu primii ani de viaţă. Ele rămân inactive până la confruntarea cu acele evenimente de viaţă sau situat» cărora le sunt asociate şi sunt activate în momentul întâlnirii cu acestea.

Partitura interpretată de aceste convingeri fundamentale în procesul adaptării persoanei la condiţiile mereu în schimbare ale mediului social nu poate fi apreciată decât prin evaluarea măsurii în care ele reflectă cu justeţe capacităţile reale ale persoanei, raporturile dintre individ şi persoanele din anturaj, respectiv dintre persoana căreia îi aparţin şi sarcinile cu care ea se confruntă. Sunt inventariate în literatura de specialitate o serie de evenimente de viaţă ostile, neprielnice - de exemplu, nedezvoltarea normală a sentimentului fundamental al încrederii în sine sau în ceilalţi - care facilitează cristalizarea unor convingeri, a căror conformare la datele realităţii lasă mult de dorit. Pe de altă parte, reprezentanţii abordării cognitiviste au descris numeroase mecanisme deficitare de prelucrare a informaţiilor (erorile semantice, gândirea dihotomică, recursul la imperativele categorice, generalizările nefondate etc.) care pot şi ele genera judecăţi lipsite de validitate. Beck (1991) califica aceste prezumţii fundamentale ca fiind „atitudini disfuncţionale", în timp ce Ellis, un alt exponent de seamă al terapiilor cognitive, recurge la termenul „convingeri iraţionale" (Ellis, 1985; Ellis şi Dryden, 1998). Putem cita, în sfârşit, poziţia exprimată de către De Shazer (1990), care remarcă tendinţa clienţilor de a-şi prezenta atât propria persoană, cât şi situaţia cu care se confruntă, în mod eronat. Autorul citat este de părere că recursul la formula gramaticală care implică sintagma „mi se întâmplă *întotdeauna "* pentru conceptualizarea şi exprimarea acuzelor de orice natură, ar constitui elementul care îi induce clientului ideea unei fatalităţi ce nu ar lăsa loc imaginării unor cursuri alternative ale evenimentelor.

Tehnicile pe care le putem grupa sub genericul de „intervenţii pentru întărirea eului" prezintă toate scenarii care fie propun experienţe ce întăresc în client sentimentul competentei şi al controlului, fie îi facilitează acestuia evocarea unor experienţe personale legate de reuşite şi succese înregistrate în condiţii, dacă nu chiar similare celor actuale, cel puţin comparabile cu acestea sub aspectul provocării ori al

ameninţării cu care s-a confruntat persoana. Parte dintre aceste intervenţii fac apel la bagajul de amintiri al clientului, în timp ce altele sunt metaforice; unele preced inducerea transei, pe când multe dintre ele se realizează într-un context hipnotic.

Din punctul de vedere al strategiei care stă la baza inserării acestor intervenţii, este importantă distincţia operată între cele care vizează capacitatea persoanei de a participa activ, ca partener egal, la desfăşurarea procesului terapeutic, respectiv acele demersuri care se îndreaptă înspre inocularea convingerii că persoana posedă acele resurse care îi sunt necesare pentru a putea soluţiona problemele cu care se confruntă.

In rândul tehnicilor ce alcătuiesc prima categorie de intervenţii amintită, putem retine chiar recursul la testele de hipnotizabilitate, care după cum s-a mai arătat, dincolo de informaţiile pe care le furnizează în vederea selectării metodelor care promit a fi cele mai eficiente în cazul unui client anume, îi pot furniza acestuia experienţe care documentează capacitatea sa de a răspunde în mod adecvat la sugestiile hipnotice. Poarte spectaculoasă se dovedeşte în acest sens utilizarea pendulului lui Chevreul, recomandată de altfel chiar de către Schuitz în iniţierea antrenamentului autogen, care demonstrează de o manieră vizibilă cum concentrarea mentală se traduce în micromişcări involuntare, deci cum sugestiile verbale se „materializează". în egală măsură, pot fi utilizate pentru a-i întări clientului convingerea legată de capacitatea sa de a participa Ia intervenţiile hipnotice, totalitatea răspunsurilor pozitive date la sugestiile formulate în cadrul unor (este complexe de sugestibilitate, cum ar fi HIP, CIS, scalele Harvard şi Stanford, respectiv HARP. Foarte utilă în acest sens este şi conceptualizarea problemelor cu care se confruntă persoana ca rezultate ale „autohipnozei negative" (de exemplu: Araoz şi Negley-Parker, 1988; Yapko, 1992; Alladin, 1992), prezentată în asociere cu ideea conform căreia tocmai competenţa care i-a permis clientului să îşi creeze simptomele poate fi pusă în slujba eforturilor ce vizează înlăturarea acestora şi rezolvarea problemelor. în sfârşit, prezentarea primei intervenţii hipnotice ca un „test", menit să identifice nu atât măsura în care clientul poate fi considerat un subiect adecvat pentru hipnoză, cât mai curând acele elemente care ar putea fi exploatate cu maximum de eficienţă în cadrul terapiei sale, constituie o altă modalitate eficientă de a întări convingerea clientului, că va fi capabil să coopereze cu tratamentul.

Gama modalităţilor de întărire a eului în vederea mobilizării resurselor necesare pentru învingerea obstacolelor este şi mai largă. O primă tehnică este cea propusă de V.A. Gheorghiu şi poate fi considerată ca o veritabilă metaforă experienţială a oricărei probleme psihologice. Clientul este invitat să-şi estimeze capacitatea de a rupe un creion simplu, lovindu-1 pe acesta cu degetul arătător întins. Terapeutul apucă ferm cele două capete ale creionului, ţinându-I în poziţie orizontală, aproximativ la înălţimea plexului. fn eventualitatea unui răspuns negativ din partea clientului, acesta este invitat să-şi imagineze cum arătătorul mâinii dominante, ţinut întins deasupra creionului, a trecut deja prin creion, şi să percuteze cu toată puterea doar după ce a reuşit să-şi imagineze acest lucru. Pe toata durata concentrării clientului, acesta este susţinut de către terapeut şi încurajat să lovească. După ce clientul reuşeşte să rupă creionul - de regulă cu o uşurinţă care îl surprinde literalmente - terapeutul subliniază faptul că cele întâmplate sunt cu adevărat caracteristice pentru modul în care ne creăm majoritatea problemelor, acestea convingându-ne că un lucru - aflat de altfel în limitele posibilităţilor

noastre de a acţiona - ne-ar fi de fapt peste putinţă de realizat. Terapeutul îi sugerează clientului să păstreze cele două jumătăţi rupte ale creionului, pentru a le putea privi ori de câte ori - confruntat cu o provocare - se percepe neputincios şi pentru a-şi aduce aminte cum poate greşi atunci când caută să se convingă că n-ar fi în stare să Iacă un lucru care de fapt îi stă în putinţă.

De Shazer (1985; 1990) propune şi el o metodă, aplicabilă în afara contextului hipnotic propriu-zis, pentru a contracara sentimentul de neputinţă al clientului. Autorul ne propune o strategie subtilă pentru a combate generalizarea nejustificată (exprimată prin formula „mi se întâmplă întotdeauna") a incidenţei simptomelor. înseşi întrebările formulate de terapeut conţin presupoziţia că persoana este capabilă să-şi rezolve problema,

că a şi întreprins primele măsuri în vederea eliberării de simptoine, că este liberă să facă ceea ce crede de cuviinţă şi că este cea mai în măsură să decidă ce doreşte să facă (Walter şi Peller, 1992). Ceea ce terapeutul caută să-i sugereze clientului este nu doar că schimbarea ar fî posibilă, ci că aceasta este pur şi simplu inevitabilă. Intervenţia îndreptată înspre întărirea eului începe chiar de la prima discuţie şi are la bază orientarea atenţiei clientului asupra „excepţiilor", adică a abaterilor de la „regula" omniprezenţei problemelor. „Am observat că, indiferent de cât de importante sau cât de cronicizate ar fi problemele pe care persoanele le întâmpină în viaţă, există situaţii sau momente în care, dintr-un motiv sau altul, problemele sunt absente" - notează O'Hanlon şi Weiner-Davis (1995). Evocarea. investigarea acestor „excepţii" are darul nu doar de a sugera ce anume trebuie întreprins pentru a rezolva problema, dar şi acela de a-i comunica clientului că rezolvarea îi stă în putinţă. Putem ilustra această intervenţie prin următorul fragment din discuţia terapeutică purtată cu un client cu depresie, care acuză că „întotdeauna se pierde cu firea" :

Terapeut: Spuneţi deci, că întotdeauna vă pierdeţi cu firea- • Asta vi se întâmplă şi acum ?

Client: Nu, acum nu, dar...

Terapeut: Deci vi se poale întâmpla lotuşi ca uneori să nu vă pierdeţi cu firea... ?

Client: Da, dar...

Tferapeut: Dacă spuneţi că acest lucru este totuşi posibil, poate aţi observat şi când anume, în ce condiţii vi se întâmplă acest lucru...

Client: Da, uneori trebuie să mă forţez, pentru că sunt situaţii în care nu-mi pot permite să mă pierd, dar asta mă consumă enorm...

Terapeut: Da ? Deci dacă faceţi nişte eforturi care simţiţi că vă consumă intens, atunci puteţi să vă păstraţi firea. Asta-i extraordinar, că reuşiţi să găsifi resursele pentru a putea face acest lucru...

Client: Da, dar tot nu pot face asta întotdeauna. Tot ce reuşesc este să creez o iluzie că aş fi sigur pe mine, dar de fapt nu sunt. O fac pentru că trebuie...

Terapeut: Credeţi deci că trebuie să faceţi acest lucru...

Client: Da, trebuie, dar...

Terapeut: Deci atunci când trebuie, o faceţi...

Client: Da, o fac pentru că îmi dau seama că trebuie să fac cumva, să nu-şi dea seama copilul, că are un uită atât de slab...

Terapeut: Şi dacă sunteţi conştient de acest lucru, atunci găsiţi resursele de care aveţi nevoie pentru a putea... Chiar dacă asta vă consumă, vă puteţi descurca şi vă puteţi păstra cumpătul—

După cum se poate vedea şi din exemplul de mai sus, cheia reuşitei constă, în cazul acestei abordări, in a contracara tendinţa clientului de a vorbi despre probleme şi în a-i impune să relateze acele aspecte care ţin, dimpotrivă, de confruntarea cu succes a obstacolelor şi a dificultăţilor. Alături de prezentarea excepţiilor ca succese, terapeuţii centraţi pe soluţii caută să profite în egală măsură de pe urma celor mai discrete semne ale unei schimbări în bine pe parcursul tratamentului, în vederea amplificării acestora. In acelaşi timp însă, se pune accent şi pe sarcina terapeutului de a localiza schimbările pozitive în afara spaţiului şedinţelor terapeutice şi de a ceda întreaga responsabilitate pentru progres clientului (George *et al.,* 1995). Astfel, De Shazer propune următoarea formulă de încheiere a întrevederii cu clientul: „Până

la proxima noastră întâlnire aş dori să observaţi, astfel încât să-mi puteţi relata şi mie, orice lucru care se întâmplă în viaţa (familia, relaţia de cuplu) dumneavoastră şi care aţi dori să se întâmple şi în continuare" (după Walter şi Peller, 1992, p. 7).

Revenind la cadrul strict al intervenţiilor hipnotice, prezentăm în continuare câteva dintre cele mai cunoscute tehnici de întărire a eului, inventariate de Hawkins (1993).

Tehnica albumului cu fotografii constă în invitarea clientului aflat în transă să-şi imagineze un album care conţine toate amintirile sale legate de realizări anterioare, de succese, de momentele de bucurie şi fericire, de experienţele pozitive. în continuare, el este rugat să deschidă albumul la o pagină de la început *(regresie de vârstă)* şi să treacă în revistă conţinutul acestei pagini, făcând uz de toate sistemele sale reprezentaţionale (vizual, auditiv, tactil etc), astfel încât imaginea rezultată să fie cât mai complexă şi vie, retrăind toate emoţiile pozitive legate de evenimentul astfel evocat. După ce i s-a acordat suficient timp pentru reactualizarea trăirilor pozitive, clientul este încurajat să revină în prezent, păstrând însă aceste emoţii şi să caute soluţii la problemele sale actuale cu sprijinul acestui tonus optimist. In continuare, el se va imagina în viitor, de asemenea pe fondul emoţiilor pozitive asociate de succesul repurtat în trecut, proiectându-se într-un moment în care problemele care sunt surse de disconfort sau suferinţă în prezent au fost deja rezolvate, putând trăi totodată anticipat şi satisfacţia legată de realizarea obiectivelor sale. în sfârşit, imaginea acestui viitor în care problema ţine deja de domeniul trecutului este „lipită" în album.

Metaforele şi *povestirile* pot contribui şi ele la dezvoltarea stimei de sine şi a sentimentului de încredere în forţele proprii, ele având totodată şi darul de comunica mesajul terapeutic „pe limba inconştientului". Printre metaforele „clasice" ce pot fi utilizate în acest context putem aminti viaţa stejarului sau a roşiei (una dintre metaforele preferate ale lui Erickson), succesiunea anotimpurilor, metamorfoza omizii în fluture, râţuşca cea urâtă sau lungul drum al râului de la izvor la mare. O astfel de povestire este cea a călugărului, prezentată de Hawkins (1994);

> *„A trăit cândva, în vremuri demult apuse, un călugăr care se simţea foarte deprimat şi trist. Era o iarnă grea şi el privea pe fereastră mâhnit grădina cu pomii goliţi de podoaba coroanei lor, odinioară atât de bogate. I se părea că sunt şi ei trişti, poate chiar lipsiţi de viaţă, dar intuiţia îi spuse că suni totuşi vii. Deodată îşi dădu seama că o dată cu venirea primăverii, pe ramurile lor vor creşte noifrunze şi vor fi chiar mai puternici, decât anterior. Chiar dacă pe dinafară par lipsiţi de viaţă, în interiorul lor, la rădăcină, sunt cât se poate de vii. Rădăcinile lor, sursa însăşi a existenţei lor, continuau să trăiască, iar atunci când ploile de primăvară şi razele soarelui de vară timpurie le vor hrăni din belşug, pomii vor înmuguri din nou. Pe tot parcursul iernii, ei au crescut de fapt şi mai puternici, utilizând resursele lor tămăduitoare primite de la natură pentru a-şi dezvolta potenţialul în capacităţi superioare celor posedate anterior"(op. cit., p. 33).*

Sugestiile pozitive, care vizează inocularea sentimentului valorii personale şi a eficienţei, reprezintă o altă categorie de intervenţii ce vizează în mod declarat întărirea eului. Hawkins citează pentru exemplificare o sugestie directă formulată de Hartland:

> *„... cu fiecare respiraţie, te vei simţi mai încrezător, mai sigur pe tine,*

ştiind că te poţi ocupa eficient de problemele tale... şi că poţifi satisfăcut de viaţa pe care o trăieşti... simţind că poţi controla în mai mare măsură toate acele aspecte ale vieţii tale... pe care le consideri importante... relaţiile tale... sănătatea ta... viaţa ta intimă... munca ta... viaţa ta de familie... şi ştiind că toate aceste sentimente plăcute, reconfortante... vor continua să devină din ce în ce mai puternice... pe zi ce trece-.. întărindu-se chiar şi atunci când dormi, pentru că inconştientul tău lucrează chiar şi atunci în beneficiul tău... ”.

Meditaţia orientată spre scop urmăreşte, de asemenea, întărirea sentimentului de sine al clientului, invitându-1 pe acesta sâ-şi imagineze scenarii care prezintă realizarea unor

obiective terapeutice de etapă sau finale. Fac parte din aceste meditaţii proiecţiile în viitor, în cadrul cărora clientul se imaginează eliberat de problema care îl frământă în prezent. Importanţa acestor meditaţii este susţinută şi de Matthews-Simonton şi colab. (1980) care le includ în rândul setului de exerciţii folosite în tratamentul bolnavilor de cancer pentru întărirea sistemului imunitar.

Araoz şi Ncgley-Parker (1988) propun cinci tehnici considerate fundamentale *(maşter techniques)* în aşa-numita *„noua hipnoză"* ce o propun, arătând că aceste tehnici s-au dovedit a fi eficiente într-o mare varietate de probleme şi situaţii dificile, putând fi considerate echivalentele aşa-numitelor „chei pentru soluţii" *(skeleion keys)* descrise de către De Shazer (1985). Interesant de notat, în contextul actualei discuţii, este faptul că, în esenţa lor, toate cele cinci tehnici (/. *Atingerea scopurilor; 2. Procesul schimbării; 3. Realizările anterioare; 4. Activarea unor părţi ale personalităţii; 5. Viziunea pozitivă)* pot fi considerate intervenţii care vizează întărirea eului. Majoritatea acestora sunt de altfel similare celor discutate deja în cadrul acestei secţiuni, excepţie făcând cea de a patra *(activarea unor părţi ale personalităţii),* care merită astfel o scurtă prezentare. Această abordare - de inspiraţie psihanalitică la origine - a fost elaborată de Watkins & Watkins (1994) şi este utilizabilă cu precădere în cazul acelor clienţi care oricum prezintă tendinţa de a se raporta disociat Ia diferite „părţi" ale eului lor, recurgând la formulări de tipul: „Sigur că doresc să mă fac bine, dar este o parte în mine care parcă se opune" sau „Da, cu mintea ştiu şi eu asta, dar ceva tot din mine mă face să mă îndoiesc". Recursul la această tehnică îi permite clientului, pe de o parte, să se accepte mai uşor, recunoscând că o însuşire negativă sau alta, pe care şi-o atribuie şi care poate fi considerată răspunzătoare pentru problemele cu care se confruntă nu este un atribut al lui ca persoană, ci aparţine doar unei părţi a personalităţii sale, de care se poate disocia. Pe de altă parte, identificarea acelei părţi a personalităţii, care este în stare să facă faţă problemei cu care se confruntă, îi permite persoanei să întărească şi mai mult această parte şi să înveţe să o activeze ori de câte ori este nevoie de a exercita un control asupra problemei.

Prezentăm în continuare o intervenţie structurată pentru întărirea eului, adaptată după Hawkins (1996), care face apel Ia aşa-numita tehnică a „punţii peste timp".

Metoda poate fi aplicată de la început pentru a pregăti clientul pentru confruntarea cu problema şi pentru analiză.

Intervenţia recurge la tehnica semnalizării ideomotorii (prezentată în cadrul tehnicilor hipnoanalizei), inducerea transei fiind precedată de alegerea degetelor care corespund răspunsurilor „DA", „NU" şi „NU ŞTIU".

în continuare, se induce transa (prin indiferent ce metodă) după care clientul este invitat să evoce un succes, o realizare a Iui personală (o experienţă pozitivă) anterioară debutului problemei actuale.

Se insistă pe o *reprezentare vizuală* cât mai vie a acestei amintiri, asupra sentimentelor de bucurie, de mulţumire şi, în sfârşit, se trece la

sublinierea faptului că, bineînţeles, clientul are multe asemenea amintiri, ceea ce înseamnă că în multe alte daţi a putut să-şi rezolve diferitele probleme şi confruntându-sc cu ele, în final, a ieşit învingător, şi că în toate aceste daţi a putut simţi aceleaşi sentimente de satisfacţie, de mulţumire, de bucurie. Exact acele *resurse interioare* care înainte, de atâtea ori, l-au ajutat sâ-şi rezolve problemele *îl pot ajuta şi acum* să-şi rezolve problemele cu care se confruntă la ora actuală şi sigur, la nivel conştient poate fi derutat de faptul că,

deocamdată, se confruntă cu dificultăţi, dar inconştientul lui poate şti încă de acum şi va şti şi el, în curând, că posedă sursele necesare de care are nevoie pentru a-şi rezolva problemele.

„Iar atunci când inconştientul tău ştie că dispune de resursele interne cu care poţi rezolva problema, atunci degetul DA se vu ridica uşor."

în continuare, adresăm clientului invitaţia de a-şi imagina un film sau *o* scenă în care altă persoană, imaginară sau reală, se confruntă cu o problemă asemănătoare cu a Iui.

„Acum îţi imaginezi pe cineva, pe oricine doreşti, poate fi o persoană pe care cunoşti sau o persoană care există doar în imaginaţia ta, căreia (de exemplu) ii este frică să treacă peste un pod {se face trimitere la problema concretă a clientului 1 şi o să vezi cum se apropie tot mai mult de acel pod şi o vezi cum devine din ce în ce mai neliniştită, mai tensionată pe măsură ce se apropie de pod, şi persoana ştie că deşi trecerea peste pod îi generează nelinişte, anxietate, mobitizându-şi resursele interne va putea trece peste pod, o vezi mobilizându-şi aceste resurse şi continuăndu-şi drumul, păşind pe pod, stăpânindu-şi neliniştea, şi o vezi cum apropiindu-se de celălalt capăt al podului devine din ce mai sigură pe ea şi poji citi satisfacţia, mulţumirea, bucuria trăită în suflet pe chipul acestui om că această reuşită de acum îl va ajuta data viitoare să treacă peste acelaşi podfăcându-şi şi mai puţine probleme."

Se poate continua pe două direcţii, în funcţie de răspunsul clientului:

1. în sttua{ia în care terapeutul consideră că nu are suficiente date asupra factorilor care întreţin problema (când clientul este incapabil sâ relateze despre ele), îi vom spune :

„ Vom reveni acum asupra problemei tale şi pentru că mi-ai spus că nu ştii care este originea acesteia, mi se pare important să aflăm acest lucru şi vom apela la inconştientul tău pentru a afla răspunsul. Atunci când inconştientul tău va şti care este cauza problemei tale, atunci degetul DA se va ridica uşor".

Dacă degetul pacientului se mişcă :

„ S-a întâmplat în viaţa ta un eveniment sau un grup de evenimente care sunt răspunzătoare pentru problema cu care te confrunţi acum ? ".

Poate apărea un răspuns DA sau NU.
Dacă răspunsul este DA, continuăm cu următoarele întrebări:

„Evenimentele s-au întâmplat înaintea vârstei de 20 de ani ?
S-au întâmplat înaintea vârstei de 10de ani ?
S-au întâmplat după vârsta de 7ani ?
S-au întâmplat înaintea vârstei de 5 de ani ? " ctc.

După ce evenimentul a fost localizat:

„Acum lasă inconştientul tău să descopere acest eveniment care s-a petrecut la... ani şi atunci când l-a găsit, degetul DA se va ridica. S-ar putea ca inconştientul tău să găsească potrivit să ştii şi la nivelul conştiinţei ce s-a întâmplat şi atunci, o dată cu ridicarea degetului, vei afla despre acest eveniment".

Se poate întreba după un timp :

„Acum ştii despre ce este vorba ?".

Indiferent că răspunsul este afirmativ sau negativ, se lasă timp pentru trăirea evenimentelor pe plan emoţional (dacă este cazul) sau pentru eventualele intuiţii spontane, după care îi vom spune din nou clientului:

„Acum revezi din nou evenimentul pe scurt, şi când ai terminat, degetul NU se va ridica. iar dacă acest lucru va fi potrivit vei fi conştient de tot ceea ce s-a întâmplat şi îmi vei putea împărtăşi ceea ce ai aflat, bineînţeles dacă vel aprecia că eu pot afla aceste lucruri".

Dacă răspunsul este NU, continuăm cu întrebarea:

„Mal există vreun eveniment despre care trebuie să ştii pentru a-ţi putea rezolva problema ?

2. In cazul în care clientul a evocat un eveniment traumatic se poate realiza o disociere de acesta, revăzând sau recapitulând evenimentele ca şi cum ar privi un tilm (sugerând astfel că nu clientul trăieşte ceea ce se întâmplă, ci un alt personaj, el urmărind doar din postura spectatorului) sau se poate amâna discutarea până după revenirea din transă, dar totodată se poate discuta cu clientul şi în timpul transei.

Dacă răspunsul este DA:

„Lasă-ţi inconştientul să găsească evenimentul, evocă amintirea acestui eveniment, iar atunci, când inconştientul a găsit evenimentul, ridică degetul DA ".

Se procedează astfel până când răspunsul este NU.

Dacă şedinţa se prelungeşte foarte mult se poate spune că Ia proxima şedinţă vom reveni la acest eveniment (la acest grup de evenimente).

La sfârşit, când am primit confirmarea că nu mai sunt alte evenimente, urmează întrebarea:

„Acum că am văzut care sunt evenimentele legate de problema ta, îţi poate permite inconştientul să păşeşti în viitor fără această problemă ? ".

Sau:

„Acum că ai revăzut aceste lucruri, poţi să te eliberezi de problemă ? ".

Dacă răspunsul este NU, se revine la sondarea acelor evenimente care ar putea fi răspunzătoare pentru problemă.

Dacă răspunsul este DA, continuăm în felul următor:

„Acum te rog să priveşti în viitor pentru a te vedeafără problema care te frământă acum. Iar atunci, când vei reuşi acest lucru, degetul tău DA se va ridica pentru u-mi comunica şi mie acest lucru... (Terapeutul aşteaptă răspunsul, după care continuă spunând :) E bine, te vezi deci acum în viilor, eliberatfă) de povara problemei care ii-a creat atât de multe neplăceri (alternative: suferinţe, necazuri, supărări etc.) şipo/i simţi acea uşurare pe care ţi-o dă gândul că ai reuşit să rezolvi şi problema asta. Şi te poţi simţi atât de bine atunci, când ştii că ai lăsat problema asta în urma ta, şi te poţi simţi atât de bine acum, când ştii că poţi să rezolvi problema asta şi când ştii cât de bine te poţi simţi atunci când ştii că ai rezolvat problema asta şi ştiind că vindecarea este în plină desfăşurare chiar acum,

chiar dacă nu realizezi deocamdată acest lucru.

Şi pentru că vei dori să ştii, probabil, data la care te vezi, eliberat (ă) de problemă, poţi Şti că în spatele tău se află o tablă neagră, asemănătoare celor folosite în şcoli, pe care cineva a scris acea dată, cu cretă albă, şi întorcându-te încet vei putea citi data de pe tablă...

aşadar, întoarce-te încet pentru a vedea data... şi atunci când o vei vedea... degetul tău DA se va ridica uşor... (Terapeutul aşteaptă răspunsul, după care continuă spunând: }Ebine, ai aflat acum data la care poţi şti că ai lăsat în urmă problema care tefrământă acum... şi poatefi important să ştii că data aceasta nu este cea la care îţi vei rezolva problema, ci una ulterioare acesteia...". f

Dacă răspunsul DA întârzie să apară, terapeutul va putea continua prin:

„ Uneori data scrisă pe tablă apare neclar, caprin ceaţă, şi este nevoie de puţin timp până când ne apare perfect lizibilă... nu trebuie decât să aştepţi puţin ca să se clarifice... sau poţi eventual ridica uşor mâna... şi poţi lăsa inconştientul tău să-ţi comande mano... pentru a scr uşor în aer... data aceea...)

Şi acum, în încheiere, inconştientul tău poate trece în revistă tot ceea ce a învăţat pe parcu acestei şedinţe, iar atunci, când a terminat, degetul DA se va ridica uşor... E bine... ".

Urmează revenirea din transă.

3,2. Hipnoanaliza*

Când Preud definea obiectivele psihanalizei prin luarea în stăpânire de către „Eu" (adică acea instanţă a personalităţii care este accesibilă eforturilor de conştientizare) a teritoriilor peste care şi-a extins dominaţia „Şinele" (considerat de întemeietorul psihanalizei pe deplin inconştient), nu făcea decât să circumscrie metoda, al cărei părinte era, în cadrul unui demers pe care azi l-am eticheta ca fiind cognitiv în esenţă. în secolul care a trecut de la apariţia psihanalizei s-au iscat multe controverse pe marginea necesităţii luării la cunoştinţă a elementelor care îşi aduc aportul la conturarea unor probleme psihologice, respectiv a cunoaşterii interacţiunilor complexe dintre aceste componente. Mai nou - întru câtva neaşteptat - susţinerea multora dintre tezele formulate de către reprezentanţii şcolilor psihodinamice vine tocmai din partea unor exponenţi de marcă ai orientării cognitive. Astfel, Dowd (1997) afirma că, probabil, majoritatea cogniţiilor care influenţează comportamentul omului Sunt implicite, iar Ryle (1991) susţine chiar necesitatea unei terapii „cognitiv-analitice". Mai mult chiar, Beck declară deschis că terapia cognitivă se inspiră (şi) din psihanaliză (Beck, 2000), iar Ellis recunoaşte influenţa exercitată asupra „terapiei comportamentale rafional-emoţionale" de către autori precum Adler sau Homey (Ellis şi Drydcn, 1997).

Este dificil de apreciat azi, în ce măsură mitul care susţine că hipnoza ar permite accesul ia orice informaţie deţinută - conştient sau inconştient - de către persoană, a stimulat eforturile depuse în vederea utilizării tehnicilor hipnoterapeutice cu scopul facilitării accesului la conţinuturi (amintiri, convingeri, emoţii etc.) inconştiente. Cert este însă faptul că, multe dintre metodele mobilizate sau special elaborate în acest scop s-au dovedit eficiente. Mai mult chiar, ele au făcut dovada faptului că pot contribui Ia asigurarea eficientei unor intervenţii

terapeutice chiar in condiţiile în care nu sunt nici pe departe atât de atotputernice, precum s-a presupus odinioară şi nici nu pot furniza date a căror acurateţe poate fi garantată. Luate însă ca reflectări subiective ale realităţii clientului şi supuse practic aceloraşi verificări pe care le aplicăm în cazul oricăror percepţii relatate de către persoană, informaţiile astfel formulate pot furniza psihoterapiei

Coautor: Liana Don

„materie primă" de o valoare greu de contestat. Semnificativă în acest sens este opinia lui Kroger (1977), care apreciază că, utilizată în tandem cu psihanaliza, hipnoza poale contribui la accelerarea procesului de dezvăluire a unor conţinuturi inaccesibile demersurilor conştiente care vizează descoperirea lor, permiţând astfel integrarea deplin conştientă a informaţiilor astfel relevate.

Reunite sub termenul generic de *„tehnici hipnoanalitice",* aceste intervenţii şi-au ocupat locul în rândul metodelor hipnoterapeutice consacrate. Căutând o clarificare a raportului dintre aceste tehnici şi abordarea psihodinamică, Wolberg (1996) apreciază că hipnoanaliza ar putea reprezenta veriga de legătură între hipnoză şi psihanaliză, această lehnică - chiar dacă nu poate constitui un substitui pentru psihanaliză - putând fi totuşi utilizată în numeroase cazuri pentru a scurta procesul analitic. Autorul citat mai notează. cu titlu de regulă generală, şi faptul că ne putem aştepta la cel mai satisfăcător răspuns la hipnoanaliza tocmai din partea acelor clienţi care se dovedesc a fi cei mai dotaţi şi pentru psihanaliză, în timp ce pacienţii care prezintă tulburări caracteriale, psihoză ori nevroze compulsive grave vor opune, după toate probabilităţile, şi cea mai puternică rezistenţă faţa de intervenţie.

Wolberg consideră că hipnoanaliza ar trebui aplicată întotdeauna în contextul unei terapii de orientare analitică. Realităţile practicii hipnoterapeutice au extins însă în aşa măsură semnificaţia termenului, încât în numeroase cazuri acesta se aplică unor intervenţii indiscutabil clarificatoare, care sunt însă practicate pe baze teoretice dintre cele mai diferite, multe dintre ele foarte îndepărtate de concepţiile psihodinamice.

Un prim exemplu în acest sens îl constituie *„Metafora coridorului",* un exerciţiu conceput de Hunter (1988) în buna tradiţie a tehnicilor proiective, care, în intenţia autoarei, poate fi utilizat cu scopul facilitării accesului clientului la conţinuturi din propriul inconştient, fără a propune însă neapărat şi o analiză formală a celor relevate în urma intervenţiei (vezi Anexa 3). Vom ilustra rezultatele unei astfel de intervenţii, în cele ce urmează:

> *Client: „Intrarea in transă s-a efectuat cu mare uşurinţă, relaxarea fiind foarte profundă, mi-au amorţit uşor mâinile. IM locul preferat eram pe un munte pe care mai fusesem în realitate in urmă cu un an şi-am auz.it trecând un avion şi m-am întrebat: oare oamenii în ce direcţie merg ? O dată cu acest gând m-am trezit într-un hol de hotel parcă suspendat, atemporal şi lipsit parcă de spafialitate, cu toate câ-l puteam vedea foarte bine; eram supărată şi confuză, preocupată parcă de o pierdere şi-am început să urc nişte scări in spirală de parcă de pe fiecare treaptă se deschideau coridoare şi asta mă enerva foarte tare, fiindcă mi se părea că nici unul nu este al meu, aşa că mi-am spus că trebuie să ajung până sus să le verific pe toate şi dacă nici unul nu este al meu atunci înseamnă că nu merit nici un coridor, dar când am ajuns sus, s-a deschis «coridorul meu» care nu avea tavan, era în conexiune parcă cu cerul şi ştiam că pot oricând să zbor în afara, lui, aşa că asta m-a liniştii foarte mult, cu toate că nu-mi era frică să calc pe coridor. Eram desculţă şi simţeam moliciunea covorului de petale pe care păşeam şi parcă simţeam şi rouă proaspătă şi mirosul ei. îmi puneam doar întrebarea : cum pot fi şi pe pământ şi în cer in acelaşi timp ? Uşile camerelor mă atrăgeau, erau de diferite forme, culori şi dimensiuni şi toate erau învăluite într-o lumină gulben-violet care părea magică. Simţeam că am să descopăr ceva deosebit. Practic mă atrăgeau toate uşile şi mă întrebam cum am să mă decid,*

prin care să intru ? Erau parcă uşi din toate epocile şi-am intrat brusc pe una, izbind-o de perete. Era un fum violaceu-albăstrui care. se ridica şi-am văzut un porumbel alb care a zburat spre mine. îmi spunea ceva şi eu nu-nţelegeam ce vrea să-mi transmită, dar era liniştitor. Am ieşit şi vroiam să văd mai mult, căutam «Problema» şi-am intrat în camera următoare, unde era un lac prin care a trebuit să înot ca să ajung la o

cheie pe care am luat-o rapid, ştiind că mă va ajura foarte mult. Intrând în următoarea cameră, era o masă cu un stilou şi un jurnal ale cărui foi se răsfoiau de la sine, dar dezordonat. Am început .16plâng şi încercam să folosesc cheia pentru oprirea sau ordonarea mişcărilor foilor. Asta mă neliniştea: că nu ştiam de fapt ce vreau să fac cu timpul, sâ-l dau înainte sau înapoi, sau poate să-l opresc. în acelaşi timp eram foarte precipitată să ajung în toate camerele, deşi ştiu că nu puteam să fac acest lucru acum".

Terapeut: „Ai cumva o problemă cu timpul ? ".

Client: „ Cel puţin una, mai ales în ultimul timp, dar este o poveste foarte lungă... Oricum, am început să zbor deasupra tuturor camerelor, probabil inconştientul meu a găsit o soluţie pentru a mă mulţumi şi parcă am văzut toată omenirea şi asta mă mulţumea că puteam să cuprind totul dar în acelaşi timp mă nemulţumea că nu puteam să mă opresc undeva. De putut aş fi putut să mă. opresc, dar vroiam să cuprind mai mult".

Terapeut: „Ţi se întâmplă acest lucru şi în viaţa reală ? ".

Client: „Deseori am această senzaţie şi mă nemulţumeşte, pentru că mi separe că nu pot face nimic total şi serios. Şi-atunci mi-am dai seama că, dacă zbor, este prea repede, dar dacă plutesc, pot să văd mai bine şi să savurez mai bine ce se întâmplă, să înţeleg şi mai ales că in plutire nu consum aşa de multă energie şi pot chiar să mă şi odihnesc, nu-i aşa, ce soluţie bună mi-a dat inconştientul pentru problemele mele. Prin asta pol chiar şi să devin mai indiferentă, ceea ce îmi doresc foarte mult să realizez. Cred că am descoperit ceva foarte important pentru mine astăzi, ce spui ? ".

Terapeut: „Asta cam aşa este. Ce spui de porumbel ? ".

Client: „ Cred că e mesajul să fac pace cu mine însămi".

Exerciţii similare, propuse de autoare în volumul *Daydreams for Discovery* ar fi *„Călătorie la o stâncă",* respectiv *„Metafora muntelui".* în experienţa noastră clinică am găsit utilă prelucrarea, după terminarea transei, a celor vizualizate de client în timpul exerciţiilor, acest lucru fiind chiar necesar ori de câte ori persoana solicită acest lucru sau se arată derutată de anumite elemente produse de propria ci fantezie. Printre obiectivele acestei analize putam enumera discutarea semnificaţiilor pe care clientul Ic atribuie ccior vizualizate, clarificarea conexiunilor ce pot fi evidenţiate între problema concretă a persoanei şi conţinuturile relevate de intervenţie, decriptarea unor obiecte sau personaje simbolice care au fost sesizate şi identificate ca atare de către client, descoperirea acelor elemente, care pot fi interpretate ca resurse personale şi sublinierea relevanţei celor imaginate pentru rezolvarea problemelor personale. în ceea ce ne priveşte, apreciem că, în valorificarea terapeutică a acestui gen de intervenţii, discutarea ulterioară a modului în care s-au desfăşurat acestea deţine o pondere cel puţin egală cu cea a exerciţiului propriu-zis. Acest lucru este valabil într-o măsură şi mai mare în situaţiile în care intervenţia nu relevă doar conţinuturi necunoscute clientului, dar şi *pattern-un* de organizare şi prelucrare a experienţelor, a căror contribuţie Ia dezvoltarea şi menţinerea problemelor clientului poate fi suspectată. Tată un exemplu de astfel de discuţie purtată cu clientul după încheierea exerciţiului *„Călătorie la o stâncă"* (prezentat în Anexa 6):

Client: „Am intrat în transă după propria mea modalitate, ajungând într-un loc real care se referă la un deal plin de grâu verde şi un joc de lumini-umbre, corespunzător focului soare-nori. Dintr-o dată peisajul s-a transformat total în iama dar pentru scurt timp, apoi s-a stabilizat la un peisaj de toamnă care era

cadrat de un pârâu montan foarte rapid, îngust, unde nu a existat nici un fel de plajă, ci pârâul a intrat foarte brusc în subteran şi acolo mi-am imaginat stânci, puţină apă, umezeală, o temperatură plăcută. Nu am reuşii să identific nici un seif, pentru că erau lucruri naturale şi le-am depozitat în crăpături, dar acestea nu se puteau închide. Nu m-a deranjat acest fapt. A apărut un coridor cu trei camere pe care de fapt

le-am vizitat în metafora coridorului şi într-una nu puteam să intru în atrium. Nu am ajuns în atriumprin cameră, ci pur şi simplu m-am trezit acolo. Atriumul era un loc special asemănător cu o grotă, deforma rotundă, în mijloc erau nişte pietre aşezate asemănător unui loc de foc, ca o vatră, venea o lumină difuză radiat, nu era nimeni acolo, dar totuşi exista cineva, mai mult datoritătaptului că mă gândeam la cineva, o persoană care însemna foarte mult pentru mine. Mă gândeam la acea persoană ca la un fel de consilier interior, sub forma unei decizii importante. Discutam într-un mod netradiţional despre ce anume ar putea să spună dacă aş dialoga cu el despre acest subiect şi asta afost foarte liniştitor sentimental. Am încercat săfac un ocol, dar nu am avut timp, şi reîntoarcerea afostfoarte rapidă. Stânca o resimţeam ca pe o sursă de energie... era energie, dar era foarte rece şi mi s-a părutfoarte contrariant să simt cevafoarte rece când am pus mâinile pe ea, dar această răceală nu venea de la mâini, ci de la picioare ".

Terapeut: „Descrie-mi mai amănunţit locul preferai".

Client: „Era un loc montan cu o pajişte cu iarbă înaltă care-mi ajungea până la piept, era un asfinţit enorm de mare, greieri care cântau o simfonie... la un moment dat mi-a venit senzaţia că, de fapt, nici nu sunt greieri, fiindcă erau foarte mulţi şi sunetul se auzea ia unison, o armonie perfectă".

Terapeut: „ Putem bănui că în vacarmul acela altceva nici nu mai auzi. Iarba te ascunde bine până aici [indică nivelul pieptului], greierii maschează sonorul, bănuiesc că inclusiv vocile din interior".

Client: *„Nu".*

Terapeut: „ Ce auzi din interior ?

Client: „ Cum locul preferat se transformă în iarnă ".

Terapeut: „ Un astfel de loc preferat este un locfoarte comodpentru că nu se vede nici o persoană, sau celpuţin ascunde orice altceva în afara acelui loc, greierii acoperă orice voce din exterior sau interior care ar putea transmite mesaje care te-ar putea întări... ".

Client: „ Şi nu poate fi doar ceva pur şi simplu foarte frumos şifoarte important ? ".

Terapeut: „ Ba da, dar când omul alege un loc dintre mai multe altele, înseamnă că cel ales are ceva în plus... ".

Client: „Ceva ce celelalte nu au... ".

Terapeut: „Acesta poate fi un motiv. Periodic e bine să mai scoatem din funcţiune tot felul de mesaje ce ne-aufost inoculate şi deja s-au interiorizat şi să mai lăsăm să ne cânte greierii, dar ne vine şi ideea că este prea mult şi atunci intrăm în iarnă".

Client: «Frig mi-a fost doar la stâncă şi-atunci am hotărât că nu vreau... ".

Terapeut: „Deci iarna este foarte călduroasă (?) "•

Client: „ lama mie-mi place şi era foarte plăcută ".

Terapeut: „ Vegetaţia ? ".

Client: „ Gheaţă şi metamorfoză... se leagă de trăirea reală de la acel loc pentru că atunci mi-am dat seama pentru prima dată de legătura profundă dintre viaţă şi moarte, naştere şi renaştere... pentru prima dată ".

Terapeut: „Tot aşa cum este la fel de firesc ca după iarnă să vină primăvara. Şi filozofia ta, descoperită la o vârstă atât de fragedă, te ajută să-ţi dai seama că şi după iarna vine primăvara".

Client: „ Nu întotdeauna, bineînţeles ".

Terapeut: „De ce spui bineînţeles ? ".

Client: „Pentru că ciclul nu este liniar, se modifică ".

Terapeut: „Dar nu se transformă în altceva, o mantie hibernală nu deplasează peisajul de la Ecuator la pol. Suprapunerea este doar parţială între lumea vegetală şi lumea reală. Crezi că în realitate vara este ceva efemer, pe când iarna poate fi definitivă ? ".

Client: „ Uneori, da ".

Terapeut: „Interesantăoptică... originală".

Client: „Nici măcar".

Terapeut: „ Te gândeşti că este aşa cum spui ? ",

Client: *„Da".*

Terapeut: „Bănuiesc că poziţia tu wv hi bază observaţii empirice, de unde rezultă că poţi da exemple de iarnă instalată o dată ; • i\ • a totdeauna... Dă-mi un exemplu...".

Client: „Lucrurile la care ţinfoarn ;-, idi şi le fac cufoarte mare efori să nu aibă nici un seris... şi uneori lipsa de sens apare şi pe parcurs ".

Terapeut: „Da, dar le continui... Nu ţi s-a întâmplat să regăseşti şi calea inversă ? ".

Client: *„Bada".*

Terapeut: „Dacă abandonezi un loc în ideea că iarna definitivă a pus stăpânire pe peisaj şi nu mai revii niciodată acolo, atunci poţi trăi tot restul vieţii cu iluzia iernii pe care ai lăsat-o acolo şi nu-ţi dai seama niciodată că între timp a venit primăvara. Dacă vrei să afli în ce anotimp te afli în lumea vegetală, te poţi uita pe calendar, dar calendarul care indică schimbările anotimpurilor vieţii noastre reale este foarte greu de detectat şi uneori este nevoie de alte repere decât cele calendaristice. Vestea bună este că în locurile importante rămânem inevitabil ancoraţi locului şi tot crede/H că într-o bună zi iarba va creşte din nou...".

Client: „Aşaeste".

Terapeut: „Cum era cu absenţa seifului ? ".

Client: „Mi se părea că nu este potrivit în acel spaţiu, pentru că era nenatural... putea fi şi o groapă mare acoperită cu o piatră... ".

Terapeut: „Deşi era naturală, tot puteai să o închizi cumva, măcar cu o piatră... Este important ca grijile să stea acolo pentru 10 minute pentru a putea comunica cuiva ceva. Deci poţi să le pui sau chiar Ic pui ? ".

Client: „O să-ncerc să le pun... ".

Terapeut: „Discuţia din atrium cum ai găsit-o ? ".

Client: „ Ca şi cum am regăsit ceva ce gândeam aşa de foarte multă vreme, dar a rămas foarte mult în spate. Important, la urma urmei, este un anumit tip de relaţii cu oamenii şi, dacă asta se poate realiza, atunci este O.K. Nu a fost un dialog, ci m-atn gândit doar".

Terapeut: „Afost un dialog pentru că, dacă nu, atunci nu ţi-arfi şoptit discret. Dialogurile sunt de mai multe feluri: uneori ne dăm seama că le purtăm, alteori nu... şi tocmai pentru că nu ne dăm seama că ne teleghidează altcineva, renunţăm la noi înşine şi mergem pe direcţia lui.,.".

Client: *„Da".*

Terapeut: „Deci a meritat să baţi atâta drum până acolo. Aici este ceva ce trebuie să-ţi dea de gândit: fără să-ţi dai seama, cândţi-ai lăsat problemele în crăpături, atunci tot ai pus un bolovan, pentru că nu şi-au făcut de cap să iasă la iveală. Şi uneori avem nevoie ca bolovanul săfie invizibil, pentru ca să avem curajul să-l urnim din loc şi să-l putem pune ".

Client: *Da".*

Terapeut: „ Ce faci când îţi este frig şi găseşti undeva o vatră ? ".

Client: „Facfocul... focul vieţii ca să mă încălzesc şi să-mi dezgheţ viaţa, nu-i aşa ? ".

Terapeut: „Campe acolo... Cum afost după exerciţiu ?".

Client: *„Bine".*

Un alt aspect, care necesită în opinia noastră subliniere, se referă la grija pe care trebuie să o acordăm acelor intervenţii de acest tip, care nu s-au soldat cu rezultate „satisfăcătoare" pentru client. Ca hipnoterapeuţi trebuie întotdeauna să avem în vedere faptul că nu toţi clienţii au un

potenţial imaginativ bine dezvoltat, ceea ce poate antrena o participare cu puţine elemente vizualizate la un astfel de exerciţiu. în astfel de situaţii, trebuie să ne asigurăm că persoana nu va contabiliza (şi) rezultatele acestei intervenţii la rubrica oricum voluminoasă a eşecurilor personale. O modalitate prin care putem realiza acest lucru este sublinierea faptului că, la un astfel de exerciţiu, importantă este în orice caz participarea, arătând că astfel inconştientul a avut posibilitatea să vină în contact cu

acele conţinuturi, care sunt relevante pentru rezolvarea problemelor persoanei şi chiar dacă a apreciat că, pentru moment, nu este oportun ca ea să ia cunoştinţă de acestea, se va putea folosi implicit de ele în eforturile depuse în slujba schimbării în sensul dorit (si convenit împreună cu terapeutul).

Un aii exerciţiu, hipnoanalitic în esenţă, inspirat din scrierile lui Jung, csle cel al recursului la *„consilierulpersonal"* (denumit şi *„consilierul interior").* Principalul avantaj al acestei metode constă în faptul că îi permite clientului să-şi întărească propriile concluzii sau decizii, recurgând cu ajutorul imaginaţiei la „serviciile" de consilier ale unui personaj - real sau creat chiar de el - pe care îl investeşte cu încredere. Printre „consilierii" astfel invocaţi, ne putem întâlni cu personalităţi precum Einstein sau Freud, dar şi cu înţelepţi necunoscuţi sau cu animale prietenoase. Varianta pe care v-o prezentăm în cele ce urmează a fost elaborată de către Bresler şi Ulene, doi clinicieni de la Clinica pentru Tratarea Durerilor din cadrul Facultăţii de Medicină a Universităţii California (UCLA) şi a fost integrată de Simonton şi colab. (1980) în programul lor destinat asistenţei psihologice a bolnavilor de cancer. Este de la sine înţeles că tehnica poate fi adaptată pentru a fi utilizată în cadrul oricărei intervenţii hipnoterapeutice, şi nu doar în munca cu pacienţii afectaţi de durere sau de cancer.

„ 75? imaginezi într-un mediu care te umple de căldură... de linişte... de sentimentul confortului... şi al respectului fală de tine însuţi/însăţi... Poţi căuta între amintirile tale... pentru a găsi acest loc... sau poli să li-l creezi tu însuti/însăli... Şi concentrează-ţi atenţia asupra detaliilor acestui loc... pentru a le putea simţi cu toate simţurile... pentru a avea cât maipregnant sentimentul că te afli acolo... Şi uitându-te de jur împrejur... undeva aproape de tine... vei putea sesiza o potecuţă care se pierde departe, în zare... Şi când ai descoperit-o... porneşte la plimbare de-a lungul ei... păşeşti decipe această cărare.• • plimbându-te în voia ta... în ritmul tău... până când, deodată, vei sesiza în depărtare... o strălucire albăstruie, care, încet, se apropie de tine... fără a fi câtuşi de puţin înfricoşătoare... Şi pe măsură ce te apropii din ce în ce mai mult... realizezi că în realitate este o fiinţă vie... poate o persoană pe care o cunoşti... poate un animal prietenos... şi te rog să observi cât mai bine această fiinţă... pentru a sesiza cât mai multe detalii legate de ea... Caută să-i determini sexul... străduieşte-te să-i vezi cât mai clar trăsăturile feţei... pârul... ochii... constituţia... Caută să o vezi atât de clar... cât este posibil... Iar dacă această fiinţă îţi generează sentimente de căldură... linişte-• • şi siguranţă... poţi şti că te-ai întâlnit cu consilierul tău personal/ interior... Şi ştiind asta... întreabă-ţi consilierul cum se numeşte... Aşteaptă aşadar răspunsul... iar după ce l-ai primit... roagă-l să le ajute în rezolvarea problemei cu care te confrunţi... Angajează-te mai departe într-o discuţie cu consilierul tău... discută cu el problemele, necazurile cu care te confrunţi... ca şi când ai discuta cu un prieten foarte apropiat... Şi adresează-i consilierului tău personal... acele întrebări referitoare la persoana ta... sau la problema ta... la care doreşti să afli răspunsul... Şi concentrează-ţi toată atenţia asupra răspunsurilor pe care ţi le dă... şi care pot fi formulate verbal pe parcursul discuţiei... sau sub forma unor gesturi simbolice. de exemplu arătându-ţi vreun un obiect... sau piaumdu-ţi în faţă vreun lucru... Asigură-te că reţii tot ce ţi-a spus sau ţi-a arătat-' ştiind că, dacă nu ai înţeles pentru moment tot ce ţi-a spus... te vei putea gândi ulterior... şi vei putea găsi sensul... înţelesul profund al celor comunicate... şi atunci când ai primit răspuns la întrebările care te frământau... îmi vei putea comunica şi mie acest lucru prin ridicarea uşoară a degetului... [aşteptăm răspunsul ideomotor,

pe care îl ratificăm continuând cu] e bine, ai aflat deci un răspuns la întrebările care te frământau... iar acum, mulţumeşte-i consilierului pentru răspunsurile date... şi înţelege-te cu el cum veţi putea intra din nou în legătură... pentru a putea discuta din nou... pentru a-iputea solicita şi în alte daţi răspunsurile la întrebări la care doreşti să primeşti un răspuns competent... Iar atunci Când v-aţi înţeles cum vă veţi întâlni din nou... ia-ţi rămas bun de la consilier şi pregăteşte-te să revii aici... în această încăpere... pe acest scaun..." (Adaptat după Simonton el al., 1980, pp. 207-209)

Autorii recomandă să atragem atenţia clienţilor să nu tîe descurajaţi dacă nu îşi întâlnesc chiar de la prima încercare (sau primele încercări) consilierul personal, având în vedere faptul că, de multe ori, contactul se stabileşte doar după mai multe căutări. Putem, de asemenea, preveni clienţii că nu întotdeauna „apare" în cadrul primei/primelor intervenţii personajul la care se aşteptau. Acesta va fi inevitabil cineva în care au în mod efectiv încredere, şi nu un personaj investit cu o autoritate doar formală. Atunci când se ivesc astfel de cazuri se poate discuta chiar pe marginea posibilităţii ca o parte din dificultăţile întâmpinate în luarea deciziilor sau în asumarea unor poziţii personale să vină din faptul că, din variate motive, clientul a fost nevoit să asimileze punctul de vedere al unor „autorităţi" a căror competenţă o contesta în sinea lui.

O categorie de intervenţii hipnoanaliticc prin excelenţă este definită de recursul la răspunsurile ideodinamice ale persoanei. Iniţiatorul acestor tehnici poate fi considerat LeCron, care utiliza pendulul Iui Chevreul pentru a obţine răspunsuri, de tip „Da", „Nu", „Nu ştiu", sau „încă nu sunt pregatit(ă) să aflu răspunsul" din partea inconştientului, la răspunsuri ţintite ale terapeutului, respectiv ale persoanei înseşi. Tehnica folosită de LeCron este în esenţă simplă: înainte de a trece la „interogatoriul" propriu-zis, se identifică pentru flecare tip de răspuns o anumită mişcare a pendulului (înainte-înapoi, slânga-dreapta, rotire în sensul acelor ceasornicului sau rotire în sens opus acelor ceasornicului), prin care inconştientul preferă să-şi comunice răspunsurile de acel tip (de exemplu : mişcare inainle-înapoi, pentru răspunsurile „Da"). După ce s-a convenit asupra semnificaţiei diferitelor mişcări ale pendulului, urmează secvenţa hipnoanalitică propriu-zisă, în care se adresează întrebări ţintite de tipul: „Există în trecutul tău vreun eveniment care contribuie la problema cu care te confrunţi acum? " ; „Acest eveniment s-a petrecut cu mai mult de 10 ani în urmă ? " ; „Cu mai mult de 20 de ani ? " ; „Cu mai puţin de 15 ? " ; ,.S-a întâmplat acum 16 ani ? " ; „ 17 ? "; „Inconştientul tău apreciază că ar trebui să fii conşticnt(ă) de acest eveniment pentru a putea să-ţi rezolvi problema actuală?". După fiecare răspuns, comunicat prin intermediul mişcării pendulului, se ratifică răspunsul („Da, pendulul se mişcă înainte-înapoi, deci inconştientul tău apreciază că s-a petrecut un eveniment, cândva în trecutul tău, care contribuie la problema ta actuală. Să vedem deci, când s-a petrecut acest eveniment..."), se opreşte pendulul şi se adresează întrebarea următoare. Ratificarea răspunsului este importantă din cel puţin două considerente. Primul se referă la faptul că, uneori, clientul nu sesizează conştient că s-a produs mişcarea sau care este sensul acesteia. în al doilea rând, ratificarea îi confirmă clientului că răspunsurile furnizate de inconştientul lui sunt urmărite cu atenţie de către terapeut.

Referindu-se la bazele recursului Ia răspunsul ideodinamic pentru sondarea inconştientului, LeCron (1970) notează că, atunci când persoana se află în transă hipnotică, inconştientul pare a se apropia în mai mare măsură de suprafaţa funcţionării conştiente sau uneori chiar de a domina în bună parte gândurile de care avem cunoştinţă. Yapko (1990) apreciază

că manifestările reunite sub termenul generic de *„răspunsuri ideodinamice"* reprezintă de fapt nivelurile la care se manifestă *funcţiile automatizate* ale persoanei umane. Acestea au la rândul lor menirea de a elibera instanţele conştiente de sub povara obligaţiei de a exercita control asupra unui set al manifestărilor comportamentale şi de a Ie permite astfel să se consacre coordonării proceselor de nivel superior. în funcţie de forma concretă pe care o îmbracă, răspunsurile ideodinamice pot fi grupate în ideomotorii, ideosenzoriale sau ideoafective. Dintre acestea, cele mai des utilizate în hipnoză sunt cele dintâi, care pot fi considerate veritabile manifestări fizice

ale proceselor mentale. Cu alte cuvinte, *răspunsurile ideomotorii* suni reacţiile inconştiente ale corpului uman la gândurile (amintirile, emoţiile etc.) persoanei. Expresia cea mai structurată a răspunsurilor ideomotorii este reprezentată de aşa-tiumitul *„limbaj al trupului" (body language),* care însumează într-un *patlern* congruent o multitudine de astfel de reacţii, din care luate în parte, fiecare este de regulă atât de discret, încât trece de cele mai multe ori neobservat de către persoană.

Intensitatea aproape subliminală a reacţiilor ideomotorii nu împiedică însă sesizarea acestora de către observatorul atent sau chiar de către persoana însăşi, cu condiţia să fie avertizată asupra producerii lor şi a semnificaţiei ale cărei purtătoare sunt. Această posibilitate este exploatată de către recursul hipnoterapeutic Ia răspunsurile ideomotorii, care îşi propune facilitarea acestor reacţii involuntare ale persoanei, pentru a le putea subordona obiectivelor diagnostice şi terapeutice.

Metoda oarecum anevoioasă a pendulului a fost înlocuită de către Rossi şi Cheek (1988) prin cea a semnalizării cu ajutorul mişcării involuntare a degetelor mâinii. Diferenţa faţă de abordarea propusă de LeCron constă în desemnarea mişcării involuntare a unor degete ale clientului ca vehicul al răspunsurilor inconştiente. în acest caz, inconştientul persoanei este invitat să aleagă, în cadrul, primei secvenţe a intervenţiei, degetele prin mişcarea cărora „doreşte" să comunice diferitele tipuri de răspuns. Putem ilustra demersul, prin următorul exemplu:

> *„ Inconştientul tău cunoaşte de multe ori lucrurile pe care în mod conştient le-ai uitat sau chiar pe cele pe care nu le-ai ştiut niciodată în mod conştient. Şi pentru a avea acces Ui aceste informapi, pofi apela la degetele tale, care îţi vor putea transmite răspunsurile furnizate de inconştient. In acest scop, trebuie să găsim mai întâi acel deget, prin ale cărui mişcări involuntare inconştientul tău iţi va putea comunica răspunsurile sale «Da». Repetă aşadar de câteva ori în gând «Da»... «Da»... «Da»... sau gândeşte-te Ui o întrebare la care ai răspunde cu un «Dă» foarte ferm... şi concentrează-ţi atenţia asupra degetelor, pentru a vedea care dintre ele se mişcă uşor... abia perceptibil... Aşteptăm cu răbdare să se producă mişcarea... alegerea s-ar putea să dureze puţin... câteva secunde bune... chiar un minut sau două... uneori se întâmplă chiar, ca în loc de mişcare, să simţi o senzaţie aparte într-unui dintre degete... poate ca atunci când degetul îţi este tras în sus de o coardă subţire ataşată de el... şi atunci când simţi că degetul s-a mişcat... sau că a apărut o senzaţie distinctă de ceea ce simţeai înainte... sau de ceea ce simţi în celelalte degete... degetul se va ridica uşor... [Se aşteaptă ridicarea degetului, după care se ratifică răspunsul apucând uşor degetul şi zicând:] Acesta este deci «degetulDa», adică degetul prin care inconştientul tău ne va comunica răspunsurile sale afirmative..." [după care terapeutul apasă uşor degetul clientului, pentru ca acesta sâ revină în poziţia iniţială].*

Se continuă în acelaşi fel pentru a identifica degetele „Nu", respectiv „Nu ştiu" (sau, după preferinţă, „Nu sunt pregătit pentru a afla răspunsul"). După ce, rând pe rând, degetele au fost identificate şi alegerile ratificate, se testează acurateţea sistemului de comunicare:

> *„E bine, ştim acum care sunt degetele prin care inconştientul tău*

urmează să ne comunice răspunsurile sale, pe care noi le aşteptăm... înainte de a-i adresa însă întrebările importante, este recomandabil să ne convingem că într-adevăr se mişcă degetele care se potrivesc cu răspunsurile... acum îţi voi adresa câteva întrebări simple... şi tot ce trebuie să faci este să aştepţi ca degetele să se mişte,., este important să laşi ca acest lucru să se întâmple de la sine... Să vedem deci... Este adevărat că te afli în această încăpere ?... Aşteptăm acum răspunsul ideomotor... Da, e bine... Ai simţit deci că s-a mişcat degetul tău "Da»... şi asta

înseamnă că degetul «Da» funcţionează corect... Să vedem acum daca şi celelalte degete răspund la fel de corect..." [Se continuă în acelaşi fel, adresând clientului într-o alternanţa aleatoare câteva întrebări, al căror răspuns este cu siguranţă afirmativ sau negativ].

După această operaţiune de verificare, urmează adresarea întrebărilor considerate ca relevante de către terapeut, după modelul pe care l-am prezentat deja pe marginea intervenţiei care recurge la pendulul lui Chevreul.

Rossi şt Cheek (1988) apreciază că semnalele ideomotorii sunt întotdeauna repetitive şi de multe ori atât de discrete, că le putem detecta doar sesizând mişcările vibratorii abia sesizabile ale tendoanelor care duc la degetul în cauză. Autorii propun de altfel un criteriu tristadial pentru accesarea validităţii semnalizării ideomotorii:

- Memoria emoţională şi fiziologică, manifestate sub forma unor modificări ale respiraţiei, pulsului sau ale reacţiilor emoţionale, preced mişcarea degetului.
- Apariţia semnalului ideoinotor indică accesarea amintirii la un nivel inconştient şi se produce, de regulă, la doar câteva secunde după modificările care trădează apariţia memoriei emoţionale şi fiziologice.
- Raportarea verbală urinează doar după producerea acestor indicii fiziologice şi ideomotorii ale accesării interioare a conţinuturilor încărcate de semnificaţie. Cu cât experienţa evocată este mai gravă, cu atât mai multe repetări ale procedurii vor fi necesare pentru a *o* evoca în întregime.

Fromm şi Nash (1997) prezintă la rândul lor un număr de tehnici hipnoanalitice clasice. Una dintre acestea este reprezentată de inducerea hipnotică a viselor în cadrul şedinţei terapeutice. Autorii văd în această posibilitate unul dintre marile avantaje deţinute de hipnoză în comparaţie cu psihanaliza: astfel clientul îşi poate relata imediat visul terapeutului, prevenind astfel uitarea lui, lucru care se întâmplă, pe de altă parte, frecvent în cazul viselor nocturne. De altfel, cel puţin o parte din aceste vise induse hipnotic prezintă caracteristici şi structură asemănătoare cu cele ale viselor nocturne, care se dezvoltă spontan. Nu este inai puţin adevărat nici faptul că o categorie dintre aceste vise se apropie mai mult de reveriile diurne ale persoanei, în timp ce altele nu ar putea fi diferenţiate cu suficientă acurateţe de producţiile autentice, inai mult sau mai puţin elaborate, ale fanteziei. Alt avantaj ar consta în faptul că terapeutul îi poate solicita asociaţii clientului aflat încă în transă, adică într-o stare care poate fi considerată mai apropiată de straturile inconştiente decât vecinătatea ce poate fi realizată în condiţiile stării de veghe. în sfârşit, putem menţiona printre beneficiile rezultate din inducerea hipnotică a viselor şi pe acela al prevenirii distorsionării, prin elaborările de ordin secund, a conţinuturilor relevate.

Tehnica propusă de Fromm şi Nash (1997, p. 173) pentru inducerea viselor în cadrul şedinţei de hipnoză are la bază sugestia deschisă, formulată la modul permisiv:

„Te afli acum in transă, dar te poţi cufunda şi mai profund într-o stare vecină cu somnul. Şi atunci când starea aceasta va fi suficient de profundă pentru a putea visa un vis foarte asemănător cu visele pe care le visezi noaptea, degetul tău se va ridica pentru a-mi comunica şi mie acest lucru, iar arunci când visul se va termina, degetul va coborî din nou de la sine, comunicându-mi şl mie că visul s-a termiimt".

Pentru a nu tulbura visul, terapeutul păstrează o linişte desăvârşită până la apariţia semnalului ideomotor care îi confirmă încheierea visului. Acest lucru este considerat cu atât mai important de către autori, cu cât se consideră că, asemeni viselor nocturne, şi

cele induse hipnotic sunt „traduse" cu precădere în limbajul mecanismelor primare, proces care ar putea fi perturbat de mesajele verbale emise de către terapeul. înainte de a reveni din transă, clientul este invitat să-şi relateze visul şi să facă asociaţii pe marginea lui. Interpretarea, rezultată din colaborarea dintre client şi terapeut, se face tot în condiţiile rămânerii clientului în transă. După revenirea clientului sunt reluate cele trei secvenţe (relatarea, asociaţiile şi interpretarea), pentru a vedea dacă apar diferenţe semnificative, acestea putând indica zone specifice de conflict.

De Benediltis (1996) concepe inducţia hipnotică a viselor sub forma unei intervenţii alcătuite din următorii nouă paşi:

1. **Inducerea şi aprofundarea transei.**
2. **Inducerea unui somn natural uşor.**
3. **Pacientul, „adormit" în continuare şi rămas în contact cu terapeutul, este instruit să aibă un vis plăcut, interesant.**
4. **Clientul urmează să informeze terapeutul asupra terminării visului prin emiterea unui semnal ideomotor. După câteva minute petrecute în tăcere, persoana „se va trezi", îşi va aduce aminte cu claritate de visul avut şi va fi pregătită să-1 relateze terapeutului cât de repede posibil.**
3. **In cazul în care clientul eşuează în a produce un vis „real", sugestia este repetată pe parcursul mai multor şedinţe. De fiecare dată, sugestia este modificată uşor pentru a evoca într-o măsură din ce în ce mai mare produse mentale asemănătoare cu visele nocturne. Pe parcursul acestui demers, visele evocate se deplasează progresiv dinspre manifestările proceselor secundare înspre cele caracteristice mecanismelor primare.**
6. **Uneori, clientul este invitat să-i relateze terapeutului visele chiar înainte de a reveni din transa profundă, pentru a evita interferenţa cu cenzura exercitată de procesele secundare care se activează o dată cu revenirea la starea de veghe. Se poate opta, totodată, pentru prelucrarea (interpretarea) viselor în condiţiile menţinerii clientului în starea de transă, până când acesta devine capabil să analizeze travaliul oniric în mod deschis, în stare de veghe şi să se confrunte cu conflictele care deseori sunt asociate - şi astfel relevate - de conţinutul viselor.**
7. **In general, alternarea stărilor de somn, visare şi trezire arc darul de a aprofunda transa. In paralel, se poate constata o schimbare progresivă a caracterului viselor, care uneori dobândesc un spor de realism, pe când, în alte daţi, includ în mai mare măsură caracteristicile viselor naturale, incluzând elemente precum simbolizarea, deplasarea, metaforele etc. în această etapă, clientul începe să sesizeze semnificaţia viselor sale.**
8. **După terminarea celui de al treilea sau al patrulea vis, clientul poate fi instruit să adoarmă, să viseze şi să relateze chiar în**

timp ce visează cele ce se petrec în visul său. Se mai adaugă sugestia că îşi va aduce aminte de anumite părţi ale visului, că le va înţelege şi le va utiliza.

9. **In cazul în care lucrăm cu un client mai puţin receptiv, îl invităm mai întâi să relateze un vis nocturn pe care 1-a avut recent şi, după ce am indus transa, îi sugerăm să viseze din nou acele elemente ale visului, pe care le-a uitat. El poate visa din nou sau rcevoca în fantezie visele sale nocturne, modificând, de exemplu, locaţia acestora sau personajele etc. Conflictele, motivele şi îngrijorările devin astfel mai uşor recognoscibile. O bună pane din aceste informaţii noi sunt furnizate clientului aflat în transă, urmând a fi rediscutate după revenirea la starea de veghe.**

Hipnoza mai poate fi folosită şi pentru a formula sugestii posthipnotice in vederea evocării unor vise uitate, tehnică deosebit de utilă mai ales în cazul acelor clienţi care reclamă incapacitatea de a-şi aduce aminte de vise pe care ei înşişi le caiifică ca fiind foarte importante. Fromm şi Nash (1997) propun următoarea sugestie pentru realizarea acestui scop:

„înainte de a reveni din transă, este important să ştii că, atunci când data viitoare te vei aşeza din nou pe acest scaun, iţi vei aduce aminte ca din senin de un vis pe care l-ai avut într-una din nopţile dintre întâlnirea noastră de azi fi cea de data viitoare. Şi vei deveni capabilfă) să-mi relatezi acest vis pentru ca împreună să-t putem analiza, dar până atunci, până la proxima noastră întâlnire, vei uita că ţi-am spus acest lucru" (op. cit., p. 172).

O altă metodă clasică a hipnoanalizei, prezentată de Fromm şi Nash (1997), este aşa-numita „tehnică a teatrului". înrudită întru câtva cu psihodrama morenianâ, prin faptul că persoana recurge la o reprezentare scenică a problemelor şi conflictelor sale, metoda este totuşi distinctă de aceasta, cele două forme de intervenţie recurgând la ingrediente terapeutice ce diferă în esenţa lor. Tehnica teatrului trebuie diferenţiată şi de aşa-numita .hipnodramă", o intervenţie catartică în esenţa ei, care solicită clientului aflat în transă profundă interpretarea propriu-zisă a unor scene cu încărcătură dramatică intensă.

„Vei merge acum la teatru pentru a vedea o piesă importantă despre... [denumirea problemei/simptomului cu care clientul se confruntă]. S-ar putea ca pentru început să nu realizezi cum anume piesa pe care o urmăreşti se leagă de problema cu care te confrunţi, dar este important pentru tine să ştii că cele două se leagă. Veifi capabit(ă) să urmăreşti piesa cu foarte mare interes şi să mi-o descrii aşa cum ea se desfăşoară în scenă. [Spunând asta terapeutul ajută clientul să devină autorul şi producătorul piesei de teatru care în mod natural structurează stimulul nestructurat («piesa») în conformitate cu propria personalitate.] Este posibil ca, asemeni celor mai multe piese de teatru, şi aceasta să aibă trei acte... De obicei, în primul act facem cunoştinţă cu problema sau conflictul care se află în centrul acţiunii... iar în al doilea act, urmărim cum acest conflict se dezvoltă, cum evoluează... sau chiar cum se amplifică până la criză... şi în sfârşit, în al treilea act, se ajunge la o rezolvare a problemei... Piesa ta poate fi construită şi ea după acest model, dar acest lucru nu este obligatoriu... adevărul este că nu putem şti acest lucru dinainte... Eşti cât se poate de emoţionat(â) şi entuziasmai(ă) de această piesă, aşteptând cu nerăbdare ca să o pofi vedea... aşa cum şi eu aştept cu nerăbdare să aflu ce se întâmplă în piesa ta... în sfârşit luminile din sală încep să pălească şi poţi şti că, dintr-un moment în altul, cortina se va ridica... Şi poţi privi cum încet, treptat cortina se ridică, dezvăluind ceea ce se întâmplă pe scenă... da, poţi vedea ceea ce se întâmplă pe scenă, în piesa ta de teatru... şi în timp ce acţiunea piesei se derulează... îmi vei putea descrie şi mie ceea ce se întâmplă... priveşte deci... şi povesteşte..." (Adaptat după Fromm şi Nash, 1997, pp. 183-184)

La terminarea „reprezentaţiei" se discută şi se analizează piesa de teatru vizualizată ie către client şi modul în care diferitele secvenţe ale acesteia pot

fi puse în legătură cu rroblema clientului, respectiv în care cele „văzute pe scenă" prezintă relevanţă pentru rssursele de care dispune persoana şi modul în care ne putem aştepta în mod efectiv să-şi czolve conflictele.

Alte tehnici hipnoanalitice, Ia a căror prezentare suntem nevoiţi să renunţăm din : imsiderente de spaţiu, ar fi tehnica globului de cristal, tehnica oglinzii, puntea afectivă, jrierea şi desenul automat, imaginarea norului etc. Exerciţiul recadrării, prezentat r.ir-o altă secţiune a acestei lucrări conţine, de asemenea, elemente hipnoanalitice.

în lucrarea sa clasică, Kroger (1977) recomandă ca intervenţiile hipnoanalitice să fie precedate de un antrenament pentru hipnoză, autohipnoză şi alte fenomene legate de starea de transă profundă, autorul considerând - exagerat. în aprecierea noastră - că aceasta ar necesita cel puţin 20 de şedinţe pregătitoare de hipnoză. Kroger menţionează următoarele criterii, a căror îndeplinire la sfârşitul pregătirii reprezintă condiţia recursului la hipnoanaliză:

1. Clientul trebuie să fie capabil să intre în transă ca răspuns la un semnal posthipnotic sau prin autohipnoză.
2. Clientul trebuie să fie capabil să răspundă cu promptitudine la sugestiile post- hipnotice, mai ales la cele care produc amnezia sau re gresia de vârstă.
3. Clientul trebuie să prezinte capacitatea retrăirii unor amintiri de mult uitate.

De altfel, Kroger apreciază că oricine care poate fi hipnotizat poate fi supus teoretic hipnoanalizei, cei mai buni subiecţi pentru intervenţiile de acest tip fiind însă acele persoane care se dovedesc a fi capabile să atingă niveluri mai profunde ale transei. Autorul citat recomandă hipnoanaliză cu precădere în cazul clienţilor psihonevrotici, fobiei şi compulsivi, al celor slab motivaţi pentru terapie (de exemplu psihopaţii), al alcoolicilor şi dependenţilor de narcotice, al persoanelor obeze refractare la tratament. Printre contraindicaţi enumera persoanele anxioase, cu mecanisme defensive caracterologice slab reprezentate, pacienţii maniaco-depresivi. în ceea ce priveşte posibilitatea de a utiliza hipnoanaliză cu pacienţi psihotici cronici, Kroger lasă întrebarea deschisă, citând atât opinii pro, cât şi păreri care susţin în mod deschis că, la această categorie de persoane, demersul ar fi chiar periculos.

în încheierea acestei secţiuni, considerăm util să subliniem recomandarea formulată de Kroger (1977), care susţine că, pentru hipnoanaliză persoanelor capabile să intre într-o transă suficient de profundă şi să dezvăluie conţinuturi cu încărcătură emoţională crescută, este nevoie de serviciile unui hipnoterapeut competent şi format temeinic. Pentru acest gen de intervenţii, ani adăuga, este important nu doar ca terapeutul să facă dovada stăpânirii cât mai desăvârşite a tehnicilor hipnotice, ci să fie în egală măsură capabil să prelucreze psihoterapeutic, împreună cu clientul, conţinuturile relevate. Cunoştinţele psihodinamice sunt în acest sens nu doar recomandabile, ci chiar necesare. Apreciem, în egală măsură, că în asigurarea acestui nivel al competenţei, experienţa clinică şi hipnoterapeutică în general, respectiv acest tip de intervenţii în particular, joacă un rol hotărâtor. Deşi nu suntem de părere că tehnicile hipnoanalitice ar fi periculoase în sine, recomandăm chiar hipnoterapeuţilor cu oarecare experienţă în domeniul aplicării hipnozei, dar mai puţin familiarizaţi cu tehnicile hipnoanalizei, sa practice primele intervenţii de acest gen doar după ce şi-au asigurat o supervizare corespunzătoare.

3.3. Recadrarca

Recadrarca *(refmming)* constituie unul dintre cele mai importante

instrumente ale psihoicrapiei, în general, şi hipnoterapiei, în particular. Ca metodă, a fost elaborată de Bandler şi Grinder şi reprezintă o intervenţie structurată, desfăşurată în mai multe secvenţe succesive.

Filozofia care stă la baza recadrării reprezintă probabil una dintre cele mai solide punţi între concepţia psihanalitică şi abordarea prin hipnoză a problemelor clientului. Bandler şi Grinder (1981) recunosc că punctul de pornire în elaborarea metodei recadrării 1-a constituit noţiunea freudianâ de *„substituire a simptomului"* şi implicit recunoaşterea faptului că înlăturarea simptomelor poate genera înlocuirea acestora cu noi simptome, chiar dacă

întemeietorii programării neurolingvistice refuză ideea universalităţii acestui fenomen. Autorii sunt însă de acord că, cel puţin în unele cazuri, simptomele „funcţionează", adică îndeplinesc un anumit rol în economia psihică a persoanei (Bandler şi Grinder, 1990), furnizându-i acesteia un anumit *„beneficiu secundar",* de a cărui existenţă „beneficiarul" nu este însă conştient.

După cum remarcă şi Beletsis (1989), noţiunea de recadrare implică existenţa prealabilă a unui cadru care presupune ataşarea unei anumite interpretări de o manifestare comportamentală etichetată ca „simptom". Conform acestei optici iniţiale, simptomul este definit ca o manifestare problematică, dezadaptată, ca ceva care „lucrează" împotriva interesului persoanei.

Bandler şi Grinder (1981) sunt însă de părere că această interpretare are la bază confuzia dintre *semnificaţie* şi *scop,* răspunsurile simptomatice părând a fi într-adevăr lipsite de sens, dar nu şi de scop. Autorii citaţi consideră că aparenta lipsă de sens a comportamentelor etichetate ca simptome provine din faptul că ele sunt rupte de contextul iniţial în care s-au dezvoltat şi în care puteau într-adevăr părea ca „inteligente". Detaşându-se însă de circumstanţele în care s-au dezvoltat şi în care şi-au probat pentru întâia oară eficienţa, ele continuă să pennită realizarea acelor obiective ale persoanei, în slujba cărora se află, dar şi-au pierdut acea imagine de „adecvare situaţională" avută la origine. Astfel, funcţia pe care aceste simptome o îndeplinesc în viaţa ei poate scăpa chiar persoanei, care nu va înţelege că „dezadaptarea" generată de simptome nu este decât preţul plătit pentru a realiza pe un alt plan al existenţei, o adaptare apreciată ca pe deplin satisfăcătoare. într-un exemplu prezentat în cartea *Frogs into Princes,* Bandler vorbeşte despre o femeie care preferă să rămână obeză, temându-se că, dacă ar slăbi şi ar deveni implicit mai atrăgătoare, ar risca să fie asaltată de admiratori, cărora nu ar putea să le reziste, periclitându-şi astfel căsnicia. însuşi faptul că simptomele persistă dovedeşte fără putinţă de tăgadă, în opinia lui Bandler şi Grinder (1990), că ele sunt funcţionale. Mai mult chiar, autorii afirmă răspicat că atât psihoterapia, cât şi hipnoza, şi-ar limita în mod inevitabil posibilităţile de intervenţie, dacă şi-ar propune să se războiască cu simptomele, întrucât clienţii nu prezintă sorţi de izbândă în lupta cu propriul lor inconştient. Recadrarea înseamnă, dimpotrivă, inţelegerea faptului că simptomele servesc cauza clientului, chiar dacă forma la care recurg este una pe care persoana nu ar aprecia-o ca fiind reprezentativă pentru ea.

Dincolo de realizarea acestei schimbări de atitudine faţă de simptome, recadrarea ca formă de intervenţie structurată vizează un obiectiv dublu. Terapeutul angajat în acest demers îşi propune să asiste clientul în eforturile depuse de către acesta, pe de o parte în vederea identificării acelor beneficii, pe care le realizează cu ajutorul comportamentului său problematic, iar pe de alta, pentru a găsi comportamente sau modalităţi alternative de a reacţiona, care dincolo de faptul că pot fi calificate de către persoană ca fiind mai compatibile :u imaginea sa despre sine, cu sistemul său valoric, cu expectaţiile anturajului faţă de ea sau :ă implică „preţuri" mai mici, îi permit acesteia în continuare accesul la aceleaşi beneficii. Aplicând principiul recadrării, hipnoza, în mai mare măsură decât oricare altă formă de psihoterapie, îşi exprimă grija faţă de asigurarea acelor condiţii ale schimbării, care pot fi considerate acceptabile de către persoană. în cadrul acestei intervenţii, terapeutul adoptă o atitudine ericksoniană tipică, definită de către

Lankton & Lankton în următorii termeni: „A •orbi pe limba clientului, a pune piciorul în pragul uşii care se deschide spre lumea acestuia şi a utiliza comportamentul pe care îl prezintă, iată care sunt obiectivele terapeutice iniţiale, menite sâ-l angajeze pe client prin evocarea percepţiilor sale preexistente" (1983, p. 80).

Bandler şi Grinder (1981) recunosc că, în multe situaţii terapeutice, înlăturare.: simptomelor clientului nu atrage după sine fenomenul substituirii acestora prin altele Autorii recomandă însă aplicarea reeadrării ori de câte ori sunt indicii ale faptului ci simptomele, respectiv comportamentele problematice prezentate de către persoană, suni utilizate ca mijloace pentru obţinerea unor beneficii. Aceştia sunt acei clienţi, care ir. opinia autorilor ar fi semnificativ mai prost adaptaţi fără simptomele lor, decât sunt CL ele. Acelaşi lucru este valabil şi în cazul acelor clienţi ale căror simptome ar avea ur. mesaj de comunicat.

Intervenţia propriu-zisă, pe care o prezentăm într-o variantă propusă de Citrenbaum şi colab.(1985), se realizează în următoarele şase trepte :

1. Identificarea simptomului, respectiv a comportamentului nedorit, care urmează să fie modificat (denumit în mod convenţional „X").
2. Stabilirea comunicării cu acea „parte" (inconştientă) a clientului (componentă a personalităţii), care a fost responsabilă de producerea simptomului (de X).
3. Sugerarea faptului că simptomele au facilitat accesul Ia beneficii şi a posibilităţii de a separa comportamentul nedorit (pe X) de *intenţiile pozitive,* după care se guvernează partea responsabilă pentru X_
4. Sugerarea posibilităţii de a găsi comportamente alternative, capabile să asigure acele beneficii, care până în prezent erau realizate prin recursul la simptome.
5. Efectuarea *„controlului ecologic",* care sondează receptarea noilor comportamente de către alte „părţi" ale persoanei.
6. Proiectarea în viitor sau testarea modului în care comportamentele alternative se vor integra în situaţiile relevante cu care clientul urmează să se confrunte în cele ce urmează.

„Instalează-te confortabil... şi respiră de câteva ori profund... pentru a te putea relaxa... atât de profund... pe cât de profund inconştientul tău va năşi potrivit... acordă-fi atâta timp de cât timp va fi nevoie... pentru a putea identifica acel comportament pe care doreşti să îl modifici... vom numi acest comportament «X»... Acest «X» poate fi un comportament la care ai dori să renunţi.. • sau unu! pe care ai dori să-l modifici într-un fel sau altul... cum ar fi de exemplu fumatul... sau un lucru pe care ai dori să-l faci... sau pe care ai dori să-l începi... cum ar fi de exemplu scrierea unei lucrări... în realizarea căruia te împiedică însă ceva.

Acum. după ce l-am identificat pe X, următorul pas al intervenţiei noastre... este să stabilim contactul cu acea parte din tine... care până acum şi-a asumat responsabilitatea pentru X... şi despre care ştim că în majoritatea cazurilor... este o componentă a inconştientului nostru... Şi ştiind că aşa stau lucrurile... am dori să ne adresăm... acestei componente a inconştientului tău... solicitându-i să se facă cunoscută conştiinţei tale... sub o formă pe care inconştientul tău o va considera dătătoare de siguranţă pentru el... Aşadar lasă-fi timp suficient pentru a pătrunde in inconştientul tău... şi pentru a putea deveni conştient(ă) de această componentă a lui... care în trecut şi-a asumat responsabilitatea pentru X... Nu putem şli dinainte sub ceformă fi se va arăta această parte a inconştientului tău... vei avea parte, poate, de o experienţă ce-fi este familiară... sau poate de una inedită... ar putea fi ceva ce fi se va înfăfişa proiectându-se pe ecranul fanteziei tale... sau poate fi practic orice imagine vizuală... s-ar putea să vezi o culoare... sau un obiect... sau un chip... S-ar putea întâmpla ca această componentă a inconştientului tău să îmbrace o formă auditivă atunci când îţi apare... de exemplu o voce •- poate chiar a ta... sau vocea altcuiva... sau orice alt

sunet... Sau al putea percepe această parte a inconştientului tău... ce şi-a asumat până acum responsabilitatea pentru X... sub forma unui sentiment de orice fel... Te rog deci să pătrunzi în inconştientul tău... pentru a stabili contact cu această parte din tine. Şi vom ruga, cu tot respectul, această

partea inconştientului tău, să se lase explorată şi cunoscută de către instanţele tale conştiente, de o manieră pe care o va considera dătătoare de siguranţă-., şi de confort...

In cazul în care nu vei avea parte... de nici o experienţă particulara... care ar putea fi identificată ca o luare la cunoştinţă a acelei părfi din inconştientul tău... care şi-a asumat responsabilitatea pentru X... vei putea continua acest exerciţiu... înţelegând că inconştientul tău a apreciat poale... că deocamdată nu s-ar simţi în largul lui dacă ţi-ar releva cele sugerate... şi, înţelegând asta, vei putea accepta acest lucru. Pe de altă parte... dacă ai putut contacta acea parte a inconştientului tău... care şi-a asumat responsabilitatea pentru X... aş dori să-i mulţumesc acestei părţi din tine pentru deschiderea arătată.

Aş dori mai departe... să-i aducem la cunoştinţă acelei părţi din inconştientul tău... care până acum şi-a asumat responsabilitatea pentru X... respectul profund pe care i-l purtăm... In continuare este evident pentru noi... că această parte din tine este deosebit de puternică... întrucât chiar în condiţiile în care în trecut... ai încercat din răsputeri... să schimbi sau să modifici comportamentulX... n-ai reuşit săfaci acest lucru. Prin urmare, putem înţelege... că acea parte din inconştientul tău care şi-a asumai responsabilitatea pentru X... va manifesta disponibilitatea necesară pentru a-l modifica pe X... doar atunci când va fi pregătită pentru acest lucru... Ceea ce aş dori să-ţi sugerez acum ar fi aceea... că într-un fel sau altul... X ţi-a oferit în trecut câştiguri sau beneficii... chiar dacă înţelegem totodată... că din punctul tău de vedere... Xa generat consecinţe negative sau nesănătoase asupra ta. Şi tocmai de aceea... îţi sugerez în acelaşi timp... ca acum să-fi reconsideri poziţia faţă de X... pentru a înţelege că scopul major urmărit de X... era acela de a te ajuta... sau de a-fi asigura beneficii... Iar acum lasă-ţi destul timp... pentru a putea pătrunde în inconştientul tău... şi pentru a putea lua Ut cunoştinţă ce câştiguri sau beneficii ţi-a asigurat X... Poate că X te-a ajutat să obţii un lucru... pe care o parte din tine şi l-a dorit... cum ar fi, de exemplu, mai multă atenţie din partea familiei.., sau a altcuiva important... Poate Xte-a ajutat să eviţi ceva... ce s-ar fi putut dovedi stânjenitor sau dureros pentru tine... ca de exemplu intimitatea... Te mai rog deci încă o dată... să accepţi ideea căXa putut continua până acum... pentru că ţi-a fost de ajutor... sau pentru că... într-un fel sau altul... ţi-a asigurat beneficii... Aşa că, în eventualitatea în care inconştientul tău apreciază că te-ai simţi în siguranţă... şi confortabil... conştientizând aceste lucruri... te invit să iei la cunoştinţă în cefei X... ţi-a venit până acum în ajutor...

Aş dori să-ţi sugerez pe mai departe... că, având în vedere beneficiul sau beneficiile furnizate de X... ai la dispoziţie modele alternative de comportament... de trăire... sau de a percepe... Ce este important să înţelegi... este că acestea îţi pot furniza... oricare dintre beneficiile... sau câştigurile pe care până acum ţi le asigura X... In acelaşi timp... aceste modele comportamentale noi... ar putea fi mai sănătoase... sau poate chiar mai satisfăcătoare pentru tine... Lasă-ţi deci timp... pentru a pătrunde din nou în inconştientul tău... şi lasă-ţi inconştientul ca prin resursele sate creatoare... să-ţi genereze modele comportamentale alternative... capabile să-l înlocuiască pe X... în condiţiile în care îţipot oferi aceleaşi beneficii pe care ţi le oferea şiX... şi care pot fi în acelaşi timp mai satisfăcătoare, sau mai reprezentative pentru tine... Şi te rog... ca atunci când ai luat la cunoştinţă... aceste modalităţi alternative de a privi lucrurile... de a simţi... sau de a acţiona... să-mi semnalizezi şi mie acest lucru... ridicând uşor degetul... (Se aşteaptă semnalul ideomotor.)

Şi acum... după ce ai reuşit să-ţi construieşti... modele comportamentale alternative... următoarea etapă a exerciţiului o constituie testul ecologic...

Aceasta înseamnă că vei încerca fiecare dintre aceste noi alternative... pentru a te asigura că acea parte din inconştientul tău... care până acum şi-a asumai responsabilitatea pentru X precum şi toate celelalte părţi ale tale... asemeni ei... se vor simţi confortabil... şi satisfăcute de aceste modele alternative... Pătrunde deci acum în inconştientul tău... şi asigură-te că noile alternative sunt acceptate... astfel încât ele să fie pe placul acelei părţi din inconştientul tău... care până acum şi-a asumat

responsabilitatea pentru X... Solicită inconştientului tău un semnal... care să exprime acceptarea.. sau dimpotrivă... refuzul. Dacă răspunsul este « nu»... sau dacă simţi... în oricare pane a fiinţei tale... vreun semn al incongruenţei... cum ar fi de exemplu o creştere a tensiunii... sau a iritabilităţii... ca răspuns la noile alternative... va fi nevoie să revii la o etapă anterioară a exerciţiului... S-ar putea să fie nevoie, de exemplu,... să te întorci la resursele tale creatoare... pentru a genera o nouă alternativă... sau noi alternative... Sau ar putea fi necesar să te întorci şi mai în urmă... pentru a identifica şi a [ine seama de vreun beneficiu... pe care încă nu l-ai conştientizat... Dacă inconştientul tău apreciază... că trebuie să revii la resursele tale creatoare... ne va comunica acest lucru mişcându-ţi uşor degetul «du»... Dacă apreciază în schimb... că va trebui să revii la identificarea unor beneficii neluate în seamă până acum... ne va comunica acest lucru mişcându-ţi degetul «nu»... Atunci când în oricare din cele două degete... vei simţi un răspuns ideomotor... ridică-l uşorpentru a-mi comunica şi mie acest lucru.

(Aşteptăm răspunsul şi ii ratificăm spunând :) *Deci inconştientul tău ţi-a comunicat prin mişcarea degetului «da/nu» că trebuie să revenim la...* (se precizează secvenţa şi se reia exerciţiul de !a acest pas).

Acum, că modelele tale alternative au fost confirmate... următorul pas îl constituie anticiparea viitorului... Pătrunde din nou în inconştientul tău... şi imaginează-te în viitor... în câteva din situaţiile. în care în trecut reacţionai prin X... Imaginează-te acum... într-una din aceste situaţii... ştiind că dispui de noi modele comportamentale... de existenţa cărora tocmai ai luat cunoştinţă... sau imaginează-te chiar... recurgând la unul dintre aceste modele... Dacă te-ai putut imagina într-una dintre aceste situaţii viitoare... degetul tău «da» se va ridica pentru a-mi confirnux şi mie acest lucru... Dacă ai întâmpinat dificultăţi... sau dacă fi-a fost imposibil să te imaginezi... într-una din aceste situaţii viitoare... îmi vei comunica şi mie acest lucru... prin ridicarea degetului «nu »..."

în *cazul* răspunsului *„nu":*

„ Se pare că este nevoie de generarea unor noi alternative comportamentale. Revenim deci la resursele tale creatoare" - se reia de la această secvenţă.

în cazul *răspunsului „da"* se continuă exerciţiul.

„Acum că ai reuşit să te imaginezi cu succes... în situaţii viitoare... în care reacţionezi prin noile modele comportamentale... exerciţiul poate fi considerat încheiat... Aş dori să-fi sugerez în final... să apreciezi la justa, valoare... acea discuţie cu inconştientul tău... pe care tocmai am încheiat-o. în ceea ce mă priveşte (in să arăt că apreciezfoarte mult eforturile pe care le-ai depus... şi doresc să-ţi mulţumesc pentru modul în care am reuşit să comunicăm... In acelaşi timp... înţeleg că s-ar putea să nu fii întru totul conştient(ă)... de totalitatea, modificărilor survenite la nivel inconştient... Cu toate acestea... aşa ne arată experienţa... că uneori prin simpla audiere a textului unui exerciţiu... ce are ca obiect rcnaming-M/ (recadrarea)... sunt puse în mişcare... procesele inconştiente aflate în slujba sănătăţii... Se ştie totodată... că de multe ori... în timp ce o persoană lucrează pentru a schimba un « X»... schimbările se repercutează şi asupra unor probleme «Y» şi «Z». "

După cum arată autorii, recadTarca se poate realiza, după caz, în cadrul unei singure intervenţii sau poate necesita aplicarea repetată a metodei şi dispunerea intervenţiilor pe parcursul mai multor săptămâni sau chiar luni. Este de la sine înţeles, că veritabila probă a eficienţei recadrării este oferită de implementarea

noiior forme de comportament în procesul confruntării cu acele situaţii, în care până acum dorinţa de a ajunge în posesia beneficiilor vizate genera producerea simptomelor sau a comportamentelor nedorite.

3.4. **Intervenţiile metaforice***

3.4.1. *Precizări terminologice*

Importanţa metaforei în actul comunicării a fost subliniată de numeroşi lingvişti şi filozofi; Bergson afirma, de pildă, că în limbajul uman „nu există nimic altceva decât metafora", iar Shibles (1971), preluând acest punct de vedere, a extins atât de mult acţiunea expresivă a metaforei, încât a identificat 20 de „deviaţii semantice" proprii cunoaşterii metaforice: (Birzea, 1995, p. 41).

Din perspectiva subiectului care ne interesează - psihoterapia - putem menţiona câteva funcţii ale metaforei:

1) Abordată în raport cu imaginaţia simbolică (Jung, Ricoeur, Durând), se afirmă că metafora *permite evidenţierea semnificaţiilor ocultate, inaccesibile raţionalităţii şi explicaţiei.* De exemplu, anumite obiecte sau realităţi interzise ori intangibile sunt desemnate metaforic prin denumiri figurate („uctgă-I toaca").
2) *Metafora permite verbalizarea realităţiipsihologice, strict individuale,* a senzaţiilor şi trăirilor universului nostru interior, pentru care cuvintele obişnuite sunt inadecvate, întrucât au un conţinut logic categorial. Noi nu avem cuvinte pentru fiecare senzaţie; este suficient să amintim că, deşi sesizăm peste câteva zeci de nuanţe de roşu, utilizăm pentru fiecare din ele un singur cuvânt - „roşu". Pentru a comunica mai bine, utilizăm metafore: „roşu aprins", „roşu ca para focului", „roşu strălucitor" etc. De aceea, metafore precum „durere surdă", „durere apăsătoare", „durere fulgerătoare" etc. sporesc efectul comunicativ al mesajului transmis de pacient terapeutului său.
3) *Metafora este indispensabilă şi pentru a gândi anumite realităţi abstracte dificil de reprezentat.* Putem cita, pentru ilustrare, exprimarea metaforică a „trecerii timpului" în termenii spaţiului: timpul, ca un obiect în mişcare, se deplasează în raport cu noi, care rămânem nemişcaţi; de aceea „timpul vine, timpul trece...".
4) Realizând un transfer de sens de Ia subiectul secundar către subiectul principal (cei doi termeni ai comparaţiei), metafora devine un *instrument logic care restructurează modul nostru de gândire şi interpretare a lumii.* în această relaţie, subiectul secundar acţionează ca o lentilă care deformează semnificaţia iniţială a subiectului principal: unele din atributele acestuia sunt deformate, altele sunt supradimensionate sau deturnate de la raţiunea lor iniţială (putem medita, din această perspectivă, la metafora „Richard Inimă de Leu").

Multe dintre intervenţiile hipnoterapeutice îmbracă o formă metaforică, aceste tehnici icupând un loc aparte în cadrul general ai tratamentelor psihoterapeutice, în general, şi -.:pnotice, în particular.

Utilizarea termenului generic de „intervenţii metaforice" implică : precizare: spre deosebire de alte forme ale tehnicilor hipnoterapeutice, prezentate în . i Jrul acestei lucrări (cum ar fi hipnoanaliza, întărirea eului sau recadrarea), intervenţiile metaforice nu vizează prin definiţie realizarea unui anumit scop. Termenul reuneşte

Capitol scris in colaborare cu Ion Dafinoîu

totalitatea acelor intervenţii - puse în slujba unor obiective terapeutice extrem de variate - care recurg la un anumit vehicul al intervenţiei: prezentarea sub formă de povestire, relatare, mit, aforism, lucrare de artă etc. a unui model analog al anumitor aspecte ale problemei cu care se confruntă persoana sau ale rezolvării acesteia. Practic, oricare dintre obiectivele vizate de către celelalte tehnici hipnoterapeutice pot fi atinse prin recursul la intervenţiile metaforice, sau - poate chiar mai potrivit -, prin combinarea celor dintâi cu acestea din urmă. Nu întâmplător, am considerat oportun să prezentăm unele intervenţii metaforice chiar în cadrul tehnicilor hipnoterapeutice „ţintite". Am considerat însă la fel de util să consacram un spaţiu separat intervenţiilor metaforice din două motive: pentru a putea prezenta acele intervenţii structurate (de exemplu povestiri) care pot fi utilizate pentru realizarea unor obiective terapeutice complexe, respectiv pentru a putea detalia acele principii, pe baza cărora hipnoterapeutul poate construi sau elabora el însuşi structuri narative cu valenţe terapeutice, pentru uzul unui client particular.

Lankton & Lankton (1989) definesc metafora ca fiind acea modalitate de exprimare verbală *(„figure of speech* ") în cadrul căreia un cuvânt sau o frază, care denotă un anumit tip de obiect sau acţiune, sunt utilizate în locul altui obiect sau altei acţiuni, pentru a sugera o asemănare sau o analogie între ele. Acestea sunt -concepute ca reprezentând forme indirecte ale tratamentului, care nu antrenează acele rezistenţe tipice, cu care sunt întâmpinate de multe ori ideile noi (mesajele terapeutice) transmise prin intermediul sugestiilor directe. Impactul metaforelor este de regulă perceput ca subtil, ele reprezentând o modalitate neconfruntativă şi permisiva de a induce schimbare. Autorii utilizează termenii de „poveste" şi „metaforă" ca fiind echivalenţi, metaforele pe care le propun implicând protagonişti, dezvoltări caracterialc, ingrediente dramatice, un fir narativ ce urmează una sau mai multe protocoale specifice şi o anumită concluzie. Aceste metafore suni concepute pentru a oferi clientului cadre alternative, în care pot dobândi experienţe de învăţare relevante din punctul de vedere al problemelor cu care se confruntă. Yapko remarcă, la rândul lui, că angajarea clientului în urmărirea firului epic al unei povestiri „permite mesajelor profunde conţinute de structura acesteia să activeze capacităţile inconştiente ale clientului de a răspunde într-o formă semnificativă" (1990, p. 238). Se poate deduce din context că autorul înţelege prin formularea oarecum imprecisă de „răspuns ce îmbracă o forma semnificativă" o schimbare (în termeni de comportament, stimă de sine, atitudine etc.) compatibilă cu obiectivele terapeutice vizate de intervenţia metaforică.

3.4.2. *Construcţia metaforelor terapeutice*

Construcţia metaforelor terapeutice respectă, după Burns (2001), aşa-numitul „model PRO", descris de autorul citat (figura 2). Denumirea este de fapt un acronim care face trimitere la *probleme, resurse* şi *rezultate (outcomes* - în original). Primul element al modelului îl constituie (1) *personajul principal* şi *contextul* în care acesta este angrenat. în conformitate cu principiul naraţiunii, descris şi de către Oatley (1992),

protagonistul întâmpină dificultăţi sau întâlneşte obstacole în eforturile sale de a-şi realiza obiectivele, ceea ce defineşte (2) o *criză* sau o situaţie de *provocare.* Pentru a putea înlătura obstacolele ce-i stau în cale, eroul povestirii este nevoit să recurgă la (3) o serie de *resurse* şi *abilităţi,* de care poate dispune deja sau pe care va fi nevoii să Ie dezvolte chiar în procesul confruntării cu circumstanţele cc-i sunt potrivnice. Acestea vor trebui deci (4) fie descoperite, fie învăţate pe parcursul naraţiunii, cele două procese - de regulă

complementare - reprezentând de fapt momcntul-cheie al rezolvării crizei. Mobilizarea resurselor şi abilităţilor, deci practic recursul la instrumentele pe care protagonistul le are la dispoziţie pentru a răzbi, îi permite acestuia (5) *atingerea scopurilor* şi totodată *transformarea* dorită atâl a situaţiei cu care se confruntă, cât şi - lucru chiar mai important - a propriei persoane. Transformările de ordin personal includ, pe de o parte, o dimensiune situaţionaiă, care se referă la sentimentul de moment al succesului şi la bucuria ce înlocuieşte sentimentele de împovărare sau nesiguranţă cu care ne raportăm iniţial la situaţiile de criză, dar şi aceie adaosuri, pe de altă parte, care sunt contabilizate în dreptul resurselor de care protagonistul poate şti de acum încolo că dispune - pentru că tocmai le-a descoperit sau dezvoltat - şi implicit în cel al stimei de sine, fortificată încă o dată printr-o confruntare victorioasă cu împrejurări potrivnice.

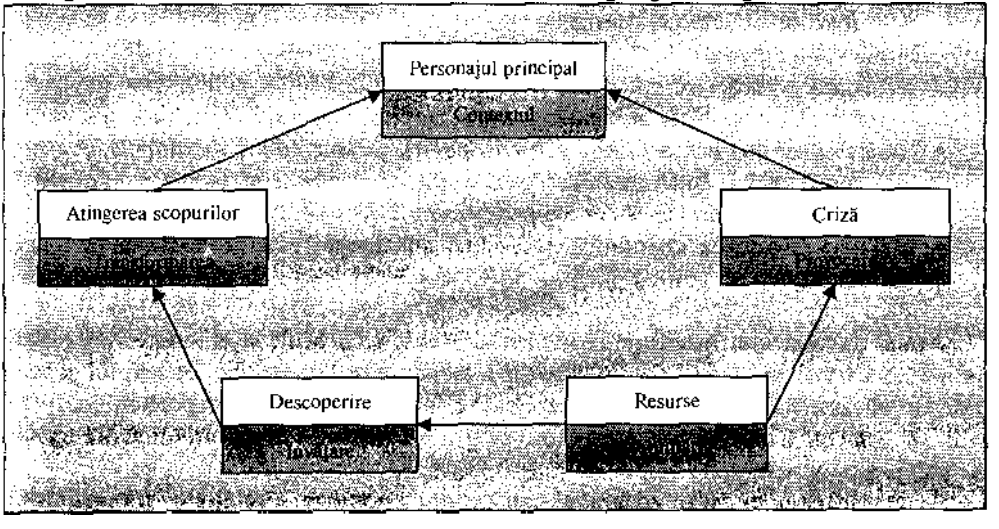


Figura 2. *Un model pentru construirea si prezentarea metaforelor*
(după Burns, 2001, p. 238)

O primă modalitate de a realiza intervenţii metaforice în cadrul hipnoterapiei constă în a recurge la povestiri „prefabricate", alese cu multă grijă pentru a se potrivi într-adevăr atât problemei, cât şi personalităţii clientului (incluzând în această din urmă categorie cultura, valorile, gusturile estetice, capacitatea de înţelegere, de deschidere ctc). In nici un caz nu este admisibil ca prezentarea unei metafore să lezeze valorile clientului sau să conţină elemente inacceptabile de către acesta pe considerente ce ţin de convingerile sale şi este la fel de puţin de dorit, ca „ambalajul" mesajului terapeutic să fie într-atâta de ezoteric, încât să nu-i lase clientului nici cea mai mică şansă de a accede la conţinutul pe care terapeutul intenţionează să-1 comunice.

Sursele acestor naraţiuni cu valoare terapeutică pot fi extrem de

variate. Ele includ tezaurul de basme populare şi culte, pildele biblice, antologiile de mituri, legende, anecdote sau povestiri filozofice, sau colecţiile de povestiri întocmite chiar de către :erapcuţi ca Bettelheim, Peseschkian, Lankton & Lankton, Burns etc.

Multe dintre metaforele utilizate în hipnoterapie sunt însă create chiar de către :erapcut, astfel încât acestea să se potrivească în cea mai mare măsură cu putinţă

clientului, problemelor cu care se confruntă, respectiv obiectivelor vizate de intervenţia terapeutică. Imaginaţia terapeutului reprezintă una dintre cele mai importante surse de provenienţă a metaforelor utilizate în psihoterapie. Burns (2001) prezintă următoarele secvenţe ale elaborării acestor metafore, destinate terapiei clienţilor identificaţi ca făcând parte din categoria persoanelor capabile să profite de pe urma unei intervenţii de acest tip :

- **Acordaţi-vă suficient timp pentru a putea crea metafora, notând eventual în scris ideile care vă vin pe parcurs.**
- **Gândiţi-vă la ce fel de caracter s-ar potrivi cu profilul personalităţii, calităţile şi resursele clientului pe care îl trataţi, la ce fel de persoane s-ar putea confrunta cu probleme asemănătoare cu cele prin care trece clientul sau ar fi capabile să obţină rezultate comparabile cu cele dorite de către persoana pe care o trataţi.**
- **In elaborarea unui fir al naraţiunii, aveţi în vedere cum aţi putea:**
  - **descrie criza sau provocarea;**
  - **dezvolta resursele necesare;**
  - **furniza o rezolvare potrivită;**
  - **facilita descoperirea şi însuşirea cunoştinţelor, respectiv abilităţilor relevante.**
- **Determinaţi un obiectiv viabil şi realist pentru personajul principal, pe care acesta l-ar putea realiza într-o manieră ce corespunde rezultatelor scontate de client.**
- **Notaţi aceste elemente-cheie ale povestirii.**
- **Relataţi povestirea clientului, observând cu atenţie reacţiile acestuia în timpul povestirii.**

Având ca model de inspiraţie basmul tradiţional, J.C. Mills şi R.J. Crowley (1986) propun o schemă foarte utilă de construcţie a metaforelor terapeutice. Principiul general este cel al izomorfismului, principiu aplicat, în mod explicit, şi în raport cu conflictul trăit de pacient. Conform acestor autori, pentru a construi o metaforă eficientă trebuie să parcurgem următoarele etape:

- **Stabilirea unui cadru general al conflictului metaforic în relaţie cu protagonistul.**
- **Personificarea proceselor inconştiente sub forma unor eroi sau a unor persoane care sar în ajutor (reprezentând abilităţile şi resursele protagonistului) şi a unor personaje rele, ori a unor piedici (reprezentând temerile şi credinţele negative). Uneori chiar solicitarea ajutorului poate fi semn al înţelepciunii şi puterii. „Inteligenţa celui puternic constă adesea în a nu se teme să ceară ajutor celui slab" (Malarewicz, 1992, p. 75). Să ne amintim de câte ori eroii pozitivi ai basmelor noastre sunt**

ajutaţi de o broască, un peşte, o albină etc...

- **Personificarea situaţiilor de învăţare paralelă în care protagonistul a avut succes.**
- **Prezentarea crizei metaforice într-un context al rezolvării inevitabile, prin cart protagonistul îşi depăşeşte sau rezolvă problema sa.**
- **Dezvoltarea de către protagonist a unui nou sentiment al identităţii, a unei noi imagini de sine, ca rezultat al acestei victorioase „aventuri eroice".**
- **Culminarea cu o sărbătorire (celebrare) în care este recunoscută preţuirea specială de care se bucură protagonistul.**

D. Gordon (1990) propune şi el un model de construcţie a metaforelor având la baza acelaşi principiu al izomorfismului. Din acest model reţinem ceea ce autorul numeşte „sintaxa metaforei". Aceasta răspunde la întrebarea: „Ce fel de cuvinte utilizăm, cum

povestim, pentru ca povestea să declanşeze la client căutarea inconştientă ce-1 va duce, în cele din urmă, la soluţia «unică» a problemei sale ? ".

Izomorfismul metaforei este expresia imaginii pe care terapeutul şi-a făcu t-o despre problema clientului. însă, de cele mai multe ori, nu ştim exact ce simte şi ce gândeşte el. De aceea modelul propus de poveste poate întâlni modelul pacientului, doar în măsura în care cuvintele utilizate lasă o anume libertate de proiecţie, de semnificare. Cum metafora a fost construită pentru pacient, singura interpretare adecvată, „corectă" este cea propusă de el.

In concepţia lui Gordon, modelul sintactic al metaforei cuprinde:

a) *Lipsa indicilor de relaţie.* De cele mai multe ori, cuvintele utilizate (substantive, adjective, pronume ele.) atunci când povestim un eveniment, se referă la ceva clar precizat din experienţa noastră. Când însă povestim o metaforă trebuie să ne ferim să fim foarte exacţi, foarte clari, tocmai pentru a provoca pacientul la o „investire de sens". Astfel spunând „undeva, departe..." lăsăm pacientului libertatea de a situa într-un loc anume („locul *lui")* acţiunea poveştii. Absenţa indicilor de relaţie îl vor provoca pe pacient să-şi pună întrebări precum „Cine ?", „Ce '?" etc, la care va găsi *propriile* răspunsuri.
b) *Utilizarea unor verbe neprecizate.* Verbele descriu felul în care acţionăm. Cu cât sensul lor este mai puţin precizat de diverse complemente, cu atât pacientul are o mai mare libertate în a-şi imagina cum a acţionat eroul povestirii. „într-un târziu, după mai multe încercări, el a ajuns..."
c) *Utilizarea nominalizărilor.* Acest procedeu presupune substantivizarea expresiilor ce denumesc în realitate procese, acţiuni. In acest fel, sunt omise o serie de informaţii. Astfel, dacă spunem: „In momentul de răgaz pe care îl avea, *şi-a amintit* că..." în mod logic trebuie să continuăm să spunem *noi* ce anume şi-a amintit eroul. Dar, dacă spunem: „în momentul de răgaz pe care îl avea, *o amintire* nu-i dădea pace", lăsăm *pacientului* libertatea să-şi imagineze ce anume şi-a amintit eroul.
d) *Utilizarea, in cadrul metaforei,* a unor comenzi şi sublinieri. Metafora vehiculează în mod indirect, mesaje ce propun schimbarea modelului de depăşire a unei situaţii. Există mai multe momente în cadrul poveştii, în care sunt enunţate idei semnificative în acest sens. Aceste idei pot fi subliniate cu ajutorul intonaţiei, utilizând anumite gesturi ori atingând pacientul cu mâna. Alteori, putein încastra o anume comandă în textul poveştii, înscriind numele pacientului, înaintea unor propoziţii semnificative.

   Exemplu:
   „Atunci, zâna cea buna s-a apropiat de el şi i-a spus «Nu te teme !» "; aceastăfrază poate
   deveni: „Atunci, zâna cea bună s-a apropiat de el si i-a spus, George, «Nu te teme !»".

Subliniind eficienţa terapeutică a metaforelor, J.A. Malarewicz (1992) face şi el precizări utile privind sintaxa acestora. Astfel, atunci când

construim o metaforă trebuie să avem în vedere următoarele :

- să definim orientarea senzorială a pacientului pentru a utiliza cuvintele potrivite ; optimizarea comunicării din această perspectivă este pe larg analizată de neuro- programarea lingvistică (Bandler şi Grinder);
- să utilizăm activităţile favorite ale acestuia ;

- să nu ne temem să fim repetitivi;
- să utilizăm umorul şi/sau detaliile incongruente;
- să ne jucăm cu cuvintele şi simbolurile;
- să asigurăm metaforei mai multe nivele de comprehensiune etc. (Malarewicz.

1992, pp. 77-78).

în ceea ce priveşte indicaţiile unei metafore anume, acestea sunt definite înainte de toate de tipul de conflict pe care povestirea îl ilustrează şi de resursele care suni mobilizate pentru rezolvarea acestuia, precum şi de deznodământul întâmplărilor relatate. Putem ilustra acest lucru prin povestirea *„Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ? ",* folosită pe scară largă în psihoterapia de inspiraţie metaforică (vezi Anexa 7).

3.4.3. Utilizarea terapeutică a metaforelor

Implicită în recursul terapeutic Ia povestiri cu valenţe metaforice este concepţia conform căreia, la baza problemei psihologice avută în. vedere, stă o naraţiune specifică, un scenariu al ameninţării, al eşecului ori al neputinţei. Aşa-numitele „terapii constructive şi narative" pornesc de Ia principiul după care persoana îşi reprezintă lumea, gândeşte şi ta decizii în baza unor structuri narative. După cum arată Neimeyer (2001) ne cunoaştem pe noi înşine şi cunoaştem lumea în care trăim prin intermediul povestirilor pe care le relatăm asupra acestor subiecte. Aceste naraţiuni nu conferă sens doar trecutului, ci în egala măsură stabilesc şi direcţie viitorului (Romanoff, 2001). într-o lucrare dedicată acţiunii integrative a structurilor narative, Oatley (1992) remarcă faptul că naraţiunile îndeplinesc funcţia de principal vehicul utilizat de persoană pentru a-şi înţelege acţiunile, motivele acestora şi consecinţele pe care le antrenează. Naraţiunile relatează acţiuni orientate înspre anumite scopuri şi prezintă motive de soluţionare a problemelor. Emoţiile se leagă de secvenţele în care acţiunea este blocată şi protagonistul se dovedeşte incapabil să găsească soluţia eficientă pentru ieşirea din impas. Fiecare persoană asociază diferitelor situaţii cu care se confruntă (inclusiv celor care implică obstacole sau dificultăţi) scenarii particulare, care conţin nu doar secvenţele succesive ale măsurilor ce urmează a fi întreprinse, ci şi anticiparea rezultatului probabil al acestor demersuri. Privite din această perspectivă, naraţiunile reprezintă acele scenarii, care fundamentează sentimentul controlului asupra unei situaţii particulare sau, dimpotrivă, al neputinţei. Se poate afirma că o persoană se confruntă cu probleme pentru a căror rezolvare solicită asistenţă terapeutică, atunci când naraţiunile prin care îşi structurează experienţele sau prin care acestea sunt relatate de către alţii eşuează în a reprezenta, la modul satisfăcător experienţa lor trăită sau atunci când anumite aspecte semnificative ale experienţelor trăite de către persoană se vor situa în contradicţie cu aceste naraţiuni dominante (White şi Epston. 1990). Astfel, terapia ar putea fi conceptualizată, în acord cu Neimeyer (2001), ca o rescriere intersubiectivă (implicând atât participarea clientului, cât şi cea a terapeutului) a „povestirii" persoanei.

Analizând motivele pentru care lectura sau audierea naraţiunilor se constituie în veritabile surse de satisfacţie, Oatley (2001) găseşte răspunsul în posibilitatea pe care povestirile respective ni le oferă pentru a înţelege cum ar trebui să acţionăm, respectiv cum am putea deveni, în societatea în care trăim, asemănători personajelor pe care le admirăm. Autorul este de părere că povestirile accesibile membrilor comunităţii furnizează

acestora modele de acţiune şi de răspuns emoţional. Această concepţie este în acord deplin cu cea formulată şi de către reprezentanţii opticii constructiviste, care conferă persoanei statutul de *„exploatator de discurs" (discourse user),* adică acela de agent care, după cum arată Harre şi Gillelt, se sprijină pe resursele oferite de cultura şi comunitatea lor pentru a-şi explica evenimentele importante din viaţa lor şi pentru a găsi întărirea acestor relatări de către ceilalţi (după Neimeyer, 2001).

Obiectivul povestirilor terapeutice este acela de a propune scenarii alternative pentru situaţii particulare cu care se confruntă clientul, îmbrăcate într-o formă acceptabilă de către acesta. După cum subliniază Barkcr (1985), în liinp ce basmele, asemeni multor proverbe şi parabole biblice, transmit de regulă puncte de vedere specifice şi formulează învăţături relativ bine definite, metaforele terapeutice oferă noi alternative, cu precădere modalităţi noi de a contempla situaţiile şi ex^mientele cu care persoana se confruntă. Acestea au capacitatea de a trezi la viaţă experienţe, convingeri şi idei, care au rămas multă vreme inactive în gândirea ascultătorului. Sau, având în vedere formularea lui Whitc şi Epston, după care un rezultat acceptabil al terapiei ar consta în „identificarea, respectiv generarea unor povestiri alternative, care i-ar permite persoanei să îmbrăţişeze noi sensuri, aducând cu sine oportunităţi dorite, deci noi sensuri, pe care persoana să le poată trăi ca fiind în mai mare măsură de ajutor, satisfăcătoare ori deschise" (1990, p. 15), putem considera că o naraţiune terapeutica ar fi o povestire în măsură să îndeplinească aceste obiective.

Bums (2001) formulează zece principii care stau la baza utilizării terapeutice a povestirilor, respectiv metaforelor:

1. Suntem cu toţii povestitori.
2. în loc să vă concentraţi asupra unor aspecte tehnice, este de preferat să porniţi de la propria realitate şi experienţă, respectiv de la entuziasmul care vă este propriu.
3. Utilizaţi propria dumneavoastră inteligenţă, integritate şi principii morale.
4. Asiguraţi-vâ că povestirea este potrivită problemei tratate şi obiectivelor pe care le urmăriţi.
5. Străduiţi-vă ca povestirea să pară cât mai reală.
6. Faceţi un rezumat al povestirii.
7. Repetaţi povestirea în gând. Fiţi propriul dumneavoastră ascultător. Jucaţi-vă cu ea. Modificaţi-o. Variaţi-o. Adaptaţi-o.
8. Fovestiţi-o altcuiva.
9. Observaţi efectul avut asupra ascultătorului.
10. Fiţi flexibil(ă).

Inventariind obiectivele în slujba cărora Erickson utilizează metaforele terapeutice, Zeig (1980; identifică următoarele douăsprezece principii:

1. Enunţarea şi ilustrarea anumitor puncte de vedere.
2. Sugerarea unor rezolvări pentru problemele clientului.

3. Furnizarea unui ajutor persoanei în vederea acceptării de sine.
4. Impunerea („semănarca") unor idei şi creşterea motivaţiei clientului.
5. Controlul relaţiei terapeutice.
6. înlănţuirea directivelor.
7. Diminuarea rezistenţelor clientului.
8. Recadrarea şi rede finirea problemelor.

9. Construirea (întărirea) eului clientului.
10. Modelarea unei modalităţi de comunicare.
11. Conştientizarea clientului că posedă resurse.
12. Desensibilizarea clientului faţă de temerile cu care se confruntă.

Prezentarea povestirilor terapeutice este în mod obişnuit precedată de inducerea transei, deşi acest lucru nu este neapărat necesar. Lankton & Lankton (1989) apreciază că relaţia interpersonală oferită de contextul hipnotic îi permite clientului să se concentreze mai confortabil asupra relatării, să se identifice mai creativ cu protagonistul şi să excludă mai eficient stimulii nerelevanji din exterior. Pe de altă parte, nu este mai puţin adevărat că simpla audiere a povestirii antrenează o stare care prezintă multe dintre caracteristicile transei hipnotice, având în vedere faptul că fixarea (concentrarea) asupra ambiguităţii inerente acestei forme de intervenţie este în sine inducâtoare de transă. Nu întâmplător, Yapko (1990) include relatarea povestirilor printre modalităţile „naturaliste" de inducere a transei.

Conform modelului PRO, descris de Burns (2001), indicaţiile (caracteristicile) terapeutice ale povestirii pot fi grupate după trei criterii:

1. *Problemele vizate* - includ confruntarea cu nenorocirile vieţii, experienţa pierderilor importante şi înfruntarea evenimentelor negative neaşteptate.
2. *Resursele dezvoltate* - cuprind capacitatea de a accepta cele întâmplate în viaţă, însuşirea atitudinii de evitare a judecăţilor de valoare pripite.
3. *Deznodăminte (outcomes)* - înţelegerea faptului că „valoarea" pe care o atribuim unor evenimente este un rezultat al evaluării noastre subiective, respectiv a celui că acceptarea a ceea ce ni se întâmplă este o chestiune de atitudine.

Aceste indicaţii au o valoare cu totul generală, insuficientă însă pentru a ne ghida în luarea unor decizii care ţin de alegerea unei povestiri potrivite pentru client sau a momentului particular în care ne putem aştepta la beneficii maxime de pe urma prezentării metaforei. Definirea unor indicaţii terapeutice ale povestirilor este o problemă mult mai delicată, deoarece aceasta nu vizează problemele în totalitatea lor, ci componente ale acestora şi în mod firesc indicaţia terapeutică a metaforei este „activată" doar în momentul în care discuţia terapeutică se focalizează asupra acestor aspecte. Indicaţia se conturează ca o decizie luată în urma sesizării unor nevoi imediate ale clientului, într-un moment particular al intervenţiei terapeutice şi nicidecum prin extragerea povestirilor dintr-o metaforopee, în urma unei identificări vagi a problemei cu care s-ar confrunta persoana luată în tratament, într-o anumită perioadă a existenţei sale. Formularea indicaţiei este deci o problemă de strategie psihoterapeutică ce ţine în ullimă instanţă de capacitatea de înţelegere, respectiv de sensibilitatea terapeutului şi - în ultimă instanţă - chiar de bunul-simţ al acestuia.

Avantajele recursului la metafore (anecdote) au fost inventariate de Zeig (1980) după cum urmează:

- Anecdotele oferă o modalitate indirectă de abordare a problemelor.
- Angajează clientul.
- Dezvoltă autonomia. Clientul este nevoit să înţeleagă mesajul şi să recurgă la o acţiune pe care el însuşi o iniţiază.

- Anecdotele pot fi utilizate pentru a depăşi rezistenta naturală fată de schimbare. Cu ajutorul ior pot fi prezentate directive şi sugestii, astfel încât maximalizăm şansele acceptării acestora de către client.
- Pot contribui la exercitarea unui control asupra relaţiei terapeutice. Clientul nu poate recurge Ia modalităţile utilizate în mod obişnuit cu scopul exercitării unui control asupra relaţiei, atunci când este nevoit să asculte o anecdotă sau o povestire.
- Anecdotele modelează flexibilitatea.
- Terapeutul se poate folosi de ele cu scopul de a crea confuzie şi de a facilita astfel răspunsul hipnotic.
- Anecdotele pot spori eficienţa proceselor mnezice, ideile prezentate cu ajutorul lor devenind, astfel, chiar mai memorabile.

în vederea asigurării unei eficiente maxime a intervenţiilor terapeutice care recurg la naraţiuni, considerăm importantă remarca lui Betteiheim (citată de Barker, 1985), referitoare la importanţa repetării mesajelor conţinute de basme, care este în egală măsură valabilă şi celor transmise prin intermediul metaforelor terapeutice. Ar fi neproductiv să se creadă că o unică „transmisie a unei idei noi ar putea fi capabilă să anuleze viziuni asupra lucrurilor care sunt îmbrăţişate de către persoană de luni sau ani de zile, dacă nu chiar de o viaţă întreagă". Subscriem soluţiei oferite de Barker, care apreciază ca productivă reluarea - dacă acest lucru este posibil - mesajului terapeutic, „ambalat" în alte serii de metafore. Experienţa noastră demonstrează totodată utilitatea combinării metaforelor de tip „ficţiune" (povestiri, trimiteri la opere literare, filme etc.), cu cele care fac apel la relatări legate de lumea „reală" (invocarea unor probleme similare întâmpinate de către alte persoane sau chiar de către terapeut, a unor studii de caz publicate în literatura de specialitate - din fericire cea dedicată hipnoterapiei abundă în astfel de prezentări). Se impun, de altfel, trei precizări în legătură cu aceste din urmă metafore. în primul rând, este necesar ca ele să fie cu adevărat reale, lucru impus nu doar de obligaţia de a fi sinceri cu pacientul, ci şi de faptul că doar astfel prezentarea lor poate miza pe acei impact sugestiv, fără de care relatarea s-ar dovedi contraproductivă. în al doilea rând, ori de câte ori invocăm într-o terapie o altă intervenţie care în final s-a dovedit a fi încununată de succes, este foarte important să subliniem, cât se poate de răspicat, că asemănarea cu problema prezentată de client se întinde doar până la posibilitatea unei rezolvări cu succes a problemei, dar în nici un caz ea nu implică şi un ritm identic al soluţionării ei. Fără a ne lua aceste precauţii, ne expunem riscului de a agrava problema ca o consecinţă a unei evoluţii mai lente a progreselor terapeutice, care ar putea fi interpretate de către client ca fiind expresia unui eşec. în sfârşit, trebuie să menţionăm faptul că, ori de câte ori facem trimitere la clienţi trataţi anterior, avem obligata de a ne asigura că anonimitatea persoanei va fi respectată şi că datele pe care le furnizăm asupra problemei sale, respectiv a tratamentului său, nu vor putea permite identificarea acestuia de către clientul actual.

Burns (2001) prezintă la rândul Iui lista acelor erori, care pot compromite şansele de reuşită ale intervenţiei realizate prin recursul la metafore. Aceasta include următoarele elemente:

- Utilizarea aşa-numitelor „povestiri terapeutice" aşa cum se găsesc ele publicate în diferite antologii.
- Recursul la terapia prin metaforă, cu orice client, pentru orice problemă prezentată de acesta.

- Utilizarea acestor povestiri cu titlu de „prescripţie medicală", respectiv „terapeutică"
- Imaginarea că o singură povestioară ar fi în măsură să şteargă cu buretele urmările unei traume, ale cărei efecte durează de o viaţă.
- Folosirea povestirilor terapeutice de parcă acestea ar fi fixate o dată pentru totdeauna, imposibil de modificat sau de rectificat.
- Convingerea că oricare antologie de acest gen (incluzând aici şi cele 101 povestiri cuprinse în volumul autorului) ar putea conţine o listă definitivă sau exhaustivă. respectiv ar putea reprezenta „cea mai bună colecţie" ce se poate imagina.

în ceea ce priveşte acest din urmă punct, autorul este de fapt cât se poate de explicit în a-şi susţine punctul de vedere, conform căruia cele mai bune metafore sunt nu cele preluate ca atare, ci acelea care sunt create chiar de către terapeut, acestea răspunzând in cea mai mare măsură, nevoilor individuale ale clientului căruia i se adresează.

în încheiere, putem ilustra importanţa intervenţiilor metaforice în cadrul hipnoterapiei prin citarea următoarei opinii exprimată de Yapko: „Dezvoltarea abilităţii de relatare a povestirilor este fundamentală pentru dezvoltarea unei abordări echilibrate a practicii hipnozei clinice. Sunteţi încurajaţi să recitiţi basmelexlasice, fabulele ori vechile mituri, pentru că ele reprezintă excelente puncte de pornire pentru redescoperirea înţelepciunii care urmează a fi transmisă sub formă de poveşti" (1990, p. 238).

3.4.4. Metafora în psihoterapia ericksoniană

M. Erickson este un maestru în domeniul metaforei. Felul său de a asculta şi observa un subiect, modul de a răspunde, sunt pentru el mijloace de prelucrare a mesajelor metaforice pe care şi le comunică oamenii.

Abordările sale terapeutice abundă de metafore, unele bazându-se pe experienţa personală, altele inspirate din experienţa pacienţilor săi. Utilizarea inovaţi vă a metaforelor în psihoterapie de către Erickson nu a fost iniţial apreciată ca atare. Erickson însuşi nu a teoretizat aspectele referitoare la utilizarea metaforelor terapeutice, când, cum şi de ce acestea influenţează schimbarea terapeutică. Colaborarea ulterioară cu E. Rossi a condus la elaborarea unor teoretizări în acest domeniu, care au valorificat experienţa lor în domeniul metaforelor şi sugestiilor indirecte, precum şi cercetările psihofiziologice privind funcţiile celor două emisfere cerebrale.

Având în vedere că emisfera dreaptă este mult mai implicată decât cea stângă în medierea proceselor emoţionale şi imagistice, s-ar putea afirma că simptomele psihosomatice sunt procesate de funcţii cerebrale aparţinând emisferei drepte. Dacă „simpto- mele sunt expresii ale limbajului emisferei drepte, utilizarea limbajului mito-poetic ar putea fi un mod de a comunica direct cu emisfera dreaptă în propriul său limbaj" (Erickson & Rossi, *cf.* J. Mills *et al.,* 1986, p. 17). Acest fapt ar putea explica, în concepţia autorilor, de ce abordarea metaforică în terapie are o eficienţă mai rapidă decât cea psihanalitică.

Erickson a fost foarte talentat în ceea ce ulterior s-a numit „comunicarea pe două nivele" - conştient/inconştient. în timp ce conştientul este ocupat cu prelucrarea mesajului (în forma conceptelor, ideilor, poveştilor, imaginilor), un alt mesaj poate fi strecurat în inconştient folosind implicaţiile, analogiile. Mesajul metaforic activează asociaţiile inconştiente ce întrerup vechiul răspuns comportamental prin generarea de noi înţelesuri

care, la rândul lor, produc noi răspunsuri comportamentale. Se iniţiază astfel un proces circular autogenerativ care construieşte schimbarea terapeutică într-un ritm propriu fiecărui pacient. M. Erickson îşi începea deseori terapiile prin poveşti ce evidenţiau capacităţile de învăţare ale fiinţei umane, fapt ce facilita atât stabilirea unei bune relaţii terapeutice, cât şi sublinierea unor mesaje pozitive : „Este, într-adevăr, dificil să refuzi ideea conform căreia am început să învăţăm de când ne-am născut - deşi acest lucru nu a fost totdeauna uşor. De câte ori nu am căzut înainte de a putea merge, câte confuzii, greşeli nu am făcut înainte de a învăţa să vorbim, să scriem etc... ! întrucât «am învăţat să învăţăm» de când ne-am născut, suntem capabili să învăţăm până la sfârşitul vieţii noastre, chiar dacă începutul fiecărei învăţări este mai dificil". Dezvoltând această temă, terapeutul induce idei pozitive privind evoluţia terapiei.

Deseori, Erickson „pregătea terenul" spunând poveşti fără raport direct cu problema pacientului, ori, pur şi simplu, spunând poveşti complet absurde, care aveau ca scop destabilizarea sau dezorganizarea conştientului. El repeta fraze precum : „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare misterioasă şi fascinantă provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate.

Cu cât rezistenţele pacientului sunt mai intense, cu atât apelul la metafore este mai ridicat. Pentru a ilustra această idee putem cita cazul unei femei frigide, speriată de orice conversaţie asupra sexualităţii şi care i-a solicitat ajutorul lui M. Erickson. Acesta, fără să o întrebe de amănuntele problemei sale sexuale, a provocat-o să-i povestească în cele mai mici detalii felul în care proceda pentru a-şi dezgheţa frigiderul.

în mod frecvent la M. Erickson, abordarea metaforică a simptomului lua forma prescripţiilor metaforice, simbolice, însoţite de ritualuri. Astfel, unei femei obeze, acesta i-a cerut să poarte în fiecare zi în geantă o piatră de 3 kg. Arderea, distrugerea, îngroparea, sunt acţiuni care fac deseori parte din prescripţiile simbolice, din cele de doliu în special, indiferent de ce fel de tip de doliu este vorba. Să amintim că doliul nu se referă în mod necesar Ia pierderea unei persoane iubite, ci la orice pierdere în general, precum pierderea unui obiect, faptul că un proiect a devenit nerealizabil etc...

Ceea ce-1 deosebeşte pe Erickson de alţi terapeuţi este faptul că se abţine să interpreteze pacientului semnificaţiile metaforelor utilizate. Consecvent principiilor enunţate mai sus, Erickson consideră câ nu este nevoie să „traducă" comunicarea „inconştientă" într-o formă conştientă. Dacă pacientul comunică într-o formă metaforică, Erickson răspunde în acelaşi registru. Utilizând poveştile,

acţiunea interpersonaiă şi prescripţiile, el lucrează în cadrul oferit de metaforă pentru a provoca o schimbare, evitând transformarea mesajului ori a acţiunii metaforice într-un discurs raţional, conştient, fapt ce ar putea dăuna rapidităţii şi profunzimii schimbării. Comentând acesl fapt, Haley nota: „In general, interpretările operate asupra comunicărilor inconştientului sunt în mod absurd reducţioniste, cum ar fi şi faptul de a rezuma o piesă de Shakespeare într-o singură frază" (Haley, 1984, p. 33).

3.5. Rezolvarea problemelor

Rezolvarea problemelor a fost definită de Bedell şi Lennox ca fiind „acel proces care asistă persoana pentru a afla atât ce anume doreşte, cât şi cum poate dobândi cel mai eficient acest lucru" (1997, p. 163). Autorii citaţi sunt de părere că la baza rezolvării

eficiente a problemelor şi a atitudinii constructive faţă de eforturile mobilizate în această direcţie poate fi identificată o filozofie fundamentală, ale cărei teze principale sunt următoarele:

- Problemele sunt naturale, confruntarea cu ele ţinând de domeniul firescului şi ne fiind ceva neapărat rău. Fiecare dintre noi are dorinţe pe care nu ştie cum să le satisfacă.
- Este recomandabil să chibzuim înainte de a ne repezi să încercăm aplicarea unor soluţii insuficient elaborate. Prima dintre soluţii s-ar putea să nu fie şi cea mai bună.
- Majoritatea problemelor pot fi soluţionate şi, prin urmare, poate fi justificat să insistăm chiar şi atunci când primele noastre încercări n-au fost încununate de succes.
- Problemele pot fi soluţionate doar daca ne asumăm responsabilitatea rezolvării lor. Acest lucru nu înseamnă însă să ne blamăm sau culpabil izăm pentru dificultăţile întâmpinate.
- în rezolvarea problemelor, atenţia noastră trebuie focalizată asupra măsurilor pe care le putem întreprinde şi nu asupra lucrurilor pe care nu le putem face.
- Eforturile noastre mobilizate în vederea rezolvării problemelor trebuie să se circumscrie în limitele legale şi acceptabile social.
- Soluţiile trebuie să fie căutate în cadrul acelei game de acţiuni şi demersuri, care sunt permise de resursele şi aptitudinile de care dispunem. Cel mai important lucru în acest sens este să avem in vedere că putem controla cu certitudine doar propriul nostru comportament şi prin urmare nu putem miza decât pe ceea ce noi înşine putem face pentru a ne rezolva problemele. Multe probleme se exacerbează sau se cronicizează tocmai datorită faptului ca persoana aşteaptă zadarnic ca altcineva să depună eforturile necesare pentru a o elibera de această povară.

Rezolvarea problemelor presupune existenţa unor abilităţi şi deprinderi, a căror absenţă sau dezvoltare insuficientă poate antrena o serie de dificultăţi de adaptare. Spivack şi colab. au întocmit următoarea listă, care cuprinde acele abilităţi implicate în soluţionarea problemelor care prezintă relevanţă din punctul de vedere al adaptării la situaţiile interpersonale. Prezentăm în continuare această listă, cu menţiunea ca implicaţiile acestor abilităţi pot afecta, în funcţie de natura concretă a problemei cu care se confruntă persoana, adaptarea la oricare domeniu al existenţei:

- *Gândirea soluţiilor alternative* - se referă la capacitatea de a genera soluţii diferite, care poi rezolva problemele în situaţiile interpersonale.
- *Gândirea de tip mijloace-rezultate* - implică conştientizarea paşilor intermediari care sunt necesari pentru atingerea unui anumit scop.
- *Gândirea în termeni de. consecinţe -* este asigurată de capacitatea de a anticipa ce anume se va întâmpla în cazul recursului la o anumită modalitate de rezolvare a problemei.
- *Gândirea cauzală* - capacitatea de a lega în timp un eveniment de un

altul, fără a şti de ce un anumit eveniment a generat o acţiune particulară a altor persoane.

- *Sensibilitatea fa(ă de problemele interpersonale* - capacitatea de a percepe o problemă atunci când ea există şi de a identifica aspectele interpersonale rezultate din confruntarea cu aceasta (după Kazdin, 1994, p. 312).

Pearce (1997) prezintă studii de caz pentru a argumenta eficienta hipnozei, a vizualizării şi a imaginaţiei în atingerea unor obiective personale ce includ abandonarea unor obiceiuri nedorite şi înlocuirea lor prin atribute mai pozitive, dobândirea unor deprinderi şi abilităţi noi sau a unor calităţi apreciate ca dezirabilc. Tehnicile grupate în această categorie de intervenţii se constituie de regulă în intervenţii inspirate din metodele de modificare a comportamentului şi a activităţilor cognitive implicate în soluţionarea problemelor şi depăşirea obstacolelor cu care persoana se confruntă, aplicate în contextul recursului la hipnoză, multe dintre ele făcând însă parte dintre intervenţiile metaforice.

Metafora *„Trei curii",* adaptată după Hunter (1988) şi prezentată în Anexa 3, face parte din această din urmă categorie. Obiectivul vizat de intervenţie constă în evidenţierea acelor componente ale problemei cu care se confruntă clientul, care pot fi controlate de către acesta şi pe care ar fi dispus să le modifice, respectiv în concentrarea eforturilor mobilizate în vederea rezolvării problemei asupra acestor elemente. Recunoscând importanţa acestui demers, clientul poate economisi importante resurse, care ar fi altfel risipite prin investirea în eforturi inutile şi poate face astfel dovada unei eficiente crescute în rezolvarea problemei în faţa căreia s-a simţit neputincios. O altă intervenţie, elaborată de aceeaşi autoare *(„Metafora aisbergului")* îşi propune dezvoltarea unei alte abilităţi importante în rezolvarea problemelor, anume desprinderea unor componente simple, soluţionabile, ale problemei globale şi apropierea treptată de rezolvarea acesteia din urmă, prin soluţionarea succesivă a părţilor ci componente. Metafora insistă, de asemenea, asupra diminuării treptate a ansamblului problemei, ca rezultat al înlăturării unor părţi ale ei, contribuind astfel şi la întărirea sentimentului controlului asupra situaţiei şi al succesului. (Varianta în limba română a acestei metafore este prezentată în Holdevici, 2001.) în sfârşit, o a treia intervenţie metaforică pusă în slujba rezolvării de probleme, intitulată *„Frunzepe heleşteu""* (Hunter, 1988), se adresează acelor probleme faţă de care mai eficientă este o atitudine pasivă, pentru ca persoana să-şi poată concentra resursele asupra problemelor urgente sau cu adevărat importante. Soluţia propusă de această metaforă este de a aşeza simbolic problemele respective pe bărcuţele formate din frunzele care plutesc pe heleşteul ce se găseşte într-o dumbrava plăcută şi de urmări cu privirea cum curentul propulsează aceste mici ambarcaţiuni încărcate cu o parte din problemele j Hemului, spre punctul în care apa din heleşteu se scurge într-un mic râu, respectiv cum, purtate de ape, se pierd în depărtare. Această abordare prezintă similitudini cu cele în -•aie probleme a căror rezolvare trebuie amânată sunt încredinţate spre păstrare unei persoane de încredere (de exemplu terapeutului sau unui protector imaginar), respectiv suni închise într-un seif sau ascunse într-un loc sigur. Este important ca toate aceste descărcări simbolice de responsabilitate sau de povara apăsătoare a unor probleme a căror rezolvare nu este deocamdată oportună sau este chiar imposibilă, să fie trăite de către client prin vizualizarea acestor mici scenete. Participarea experienţială îi permite

persoanei să .răiască sentimentul de uşurare generat de eliberarea, măcar temporară, de unele probleme care oricum nu pot fi soluţionate in prezent, dar a căror revenire periodică în gândurile clientului riscă, nu doar să distragă atenţia persoanei de la priorităţile sale, dar ji să-i întărească sentimentul copleşirii de probleme pe care nu le percepe ca rezolvabile.

Pentru Alman şi Lambrou (1992), primul pas în rezolvarea propriu-zisă a problemelor -ar constitui nu alegerea celei mai eficiente metode pentru rezolvarea problemei, ci iescoperirea cât mai multor alternative posibile. Autorii apreciază că nici nu se poate irbi de selectarea celei mai promiţătoare dintre soluţii, atât timp cât persoana nu poate

cuprinde întreaga gamă de posibilităţi. în acest scop, ei recomandă, în primul rând, un exerciţiu hipnotic introductiv, care să-i permită persoanei să privească în general lucrurile dintr-un alt unghi decât cel din care este obişnuit să le contemple (de exemplu: să se imagineze înălţându-se cu un balon printre nori, să exploreze norii din interiorul lor, să privească de Ia înălţimea lor desfăşurarea vieţii etc). După ce astfel s-a creat o atitudine favorabilă ieşirii din tiparele obişnuite ale percepţiei şi gândirii, se poate focaliza atenţia asupra fluxului creativ pornit din inconştient. In buna tradiţie a *brainstorming-\i\ui,* atitudinea faţă de alternativele propuse este una lipsită de orice critică, persoana permi- ţându-şi să le examineze din punctul de vedere al aplicabilităţii sau eficienţei lor doar după ce a ajuns în posesia unui număr cât mai mare de „posibile soluţii". Această intervenţie poate fi facilitata de sugestii de tipul: *„Pot descoperi cât de uşor îmi este să mă ridic deasupra norului soluţiilor convenţionale şi să întrezăresc multitudinea soluţiilor posibile, exact aşa cum pot vedea multitudinea de flori dintr-un câmp sau mulţimea copacilor atât de diferiţi dintr-o pădure. Şi este atât de plăcui să pot permite fluxului gândurilor mele să se îndrepte în direcţia deschiderii către noi idei şi variaţii'" (op. cit., p.* 204).

Watzlawick *et al.* (1990), în lucrarea lor clasică asupra schimbării, atrag atenţia asupra unui alt aspect ce trebuie avut în vedere în rezolvarea de probleme, anume asupra nivelului Ia care urmează să acţioneze strategia de rezolvare. Autorii identifică în acest sens două tipuri de probleme: (a) cele de gradul întâi pot fi rezolvate în cadrul sistemului în care problema a apărut, prin soluţii care implică simpla intensificare a eforturilor depuse până în momentul actual şi care s-au dovedit neeficiente datorită insuficientei mobilizări, respectiv (b) problemele de gradul doi, care nu pol fi rezolvate decât prin depăşirea cadrului dat, în care se manifestă problema, respectiv în care au fost instituite măsurile ce s-au dovedit zadarnice. In cazul problemelor care fac parte din această a doua categorie, soluţiile de tipul *„mai mult, din ce s-a făcut până acum"* nu pot decât să agraveze situaţia. In cazul unora dintre acestea, doar ieşirea din sistemul care Ie-a generat poate permite rezolvarea. Astfel, imposibilitatea de a comunica cu partenerul poate fi soluţionată în cazul în care relaţia de cuplu este iremediabil deteriorată, doar prin renunţarea atât la încercările repetate de a stabili o punte de comunicare, cât şi la relaţia propriu-zisă, exact aşa cum în anumite cazuri opţiunea pentru o anumita specializare universitară se dovedeşte a fi atât de proastă, că doar întreruperea studiilor şi alegerea unui alt profil pot înlesni renaşterea capacităţii de a învăţa. In alte cazuri, rezolvarea trebuie căutată în abandonarea acelui sistem din care face parte soluţia încercată până în momentul actual. în cazul copilului, de exemplu, care „se blochează" de teamă în momentul în care este chemat să răspundă la şcoală, soluţia nu poate fi găsită în ameninţarea cu pedepse şi mai aspre în caz de eşec, ci dimpotrivă, în înlăturarea totală a acestora şi în adoptarea unei atitudini cât mai permisive şi mai relaxate faţă de eşec. Intervenţiile paradoxale (de exemplu, prescrierea eşecului sau al comportamentului simptomatic de către terapeut, sau de către oricare alt agent aflat în slujba schimbării) sunt exemple tipice pentru soluţiile ce pot fi aplicate problemelor de gradul doi. Identificarea corectă a categoriei din care face

parte problema cu care se confruntă clientul reprezintă un demers care poate profita din plin de pe urma ajutorului venii din partea hipnozei. O modalitate posibilă de abordare constă în invitarea inconştientului sa comunice prin intermediul răspunsului ideomotor lipul de soluţie pe care îl apreciază ca fiind satisfăcător pentru problema cu care se confruntă clientul. O altă variantă ar consta în „testarea" imaginară a diferitelor tipuri de soluţii, pentru a identifica pe acela dintre ele, care se dovedeşte a fi viabil.

Ajutorul acordat, persoanelor care se confruntă cu probleme concrete poate îmbrăca forme foarte variate, în funcţie de nevoile personale ale acestor clienţi- Astfel, intervenţia poate viza stabilirea de priorităţi, exploatarea mai eficientă a timpului avut la dispoziţie, însuşirea unor abilităţi sau tehnici de soluţionare a problemelor, inhibarea predispoziţiei spre procrastinaţie, respectiv diminuarea sau chiar înlăturarea temerilor legate de eşec. Majoritatea acestor intervenţii sunt construite prin adaptarea unor intervenţii elaborate ca tehnici comportamentale la posibilităţile oferite de hipnoză.

Falloon et al. (1993) propun - din perspectiva terapiei comportamentale familiale -
0 intervenţie structurată, desfăşurată în şase etape pentru rezolvarea problemelor, subliniind că foarte puţine familii (şi indivizi, am adăuga noi) structurează în mod obişnuit problemele cu care se confruntă. Dimpotrivă, regula este mai degrabă abordarea oarecum intuitivă, dacă nu chiar impulsivă, a acestora, consecinţa fiind eşecul eforturilor mobilizate în vederea soluţionării sau rezolvarea parţială a problemelor. Astfel, de multe ori problemele se cronicizează sau continuă să impună mari cheltuieli energetice din partea persoanei, care adesea nici măcar nu este conştientă de persistenţa lor. Din acest punct de vedere pare pertinentă ipoteza conform căreia însuşirea unui astfel de model de către persoană (sau familie), îi poate permite acesteia să prevină eşecurile inevitabile în condiţiile recursului la eforturi nestructurate, mobilizate în vederea rezolvării problemelor. Secvenţele propuse de autori sunt următoarele:

1. Definirea exactă a problemei;
2. întocmirea listei soluţiilor posibile ;
3. Anticiparea consecinţelor posibile ale diferitelor soluţii;
4. Selectarea celei mai eficiente dintre strategii;
5. Planificarea şi implementarea soluţiei selecţionate ;
6. Evaluarea rezultatelor.

Metoda propusă de autori nu arc în vedere aplicarea acesteia în contextul unei intervenţii hipnotice, dar aceasta din urmă poate oferi o serie de avantaje pe care le prezentăm în continuare, fără pretenţia unei cuprinderi exhaustive a acestora. Vizualizarea în transă a problemei poate contribui la o definire mai adecvată a problemei, pe când mobilizarea resurselor creatoare ale inconştientului facilitează procesul identificării soluţiilor posibile. Cît priveşte secvenţa care vizează anticiparea posibilelor consecinţe ale recursului ia diferitele soluţii, aceasta poate fi sprijinită nu doar prin imaginarea acestor consecinţe, ci chiar prin derularea pe ecranul mental a întregului „film" al aplicării strategiilor de rezolvare, trăirea în imaginaţie a „implementării" acestora contribuind şi la furnizarea unor date ce vor putea fi utilizate în procesul decizional menit să identifice soluţia optimă. Această a patra secvenţă a rezolvării structurate a problemei mai poate fi susţinută şi de implicarea interogării inconştientului asupra opţiunii, prin metoda semnalizării ideomotorii. înainte de aplicarea propriu-zisă a

strategiei, apreciată *ZA* cea mai potrivită de către persoană, stima de sine a acesteia poate fi ameliorată prin tehnici de întărire a cului, sporind astfel şansele de succes ale demersului. Este interesant de menţionat faptul că exact aceste clape ale rezolvării problemelor sunt preconizate şi de către Bedell şi Lennox (1997), cu unica diferenţă că în concepţia acestor din urmă autori, cele şase secvenţe prezentate mai sus sunt precedate de cea a luării la cunoştinţă
1 problemei. Merită, de altfel, să prezentăm şi clementele care, în accepţiunea celor doi autori, permit definirea problemei. Acestea ar fi (a) descrierea situaţiei problematice.

(b) identificarea propriilor dorinţe, (c) identificarea dorinţelor expectaţiilor celorlalţi. (d) construirea unei afirmaţii referitoare la modul in care nevoile - persoanei sau ale celorlalţi - ar putea fi satisfăcute (calea de acces la satisfacerea acestora) şi (e) evaluarea acestei afirmaţii. In ceea ce priveşte afirmaţiile de la punctul (d), acestea trebuie să satisfacă următoarele patru criterii: (1) punerea lor în scenă nu trebuie să fie precedată de atingerea altui scop, (2) formularea să fie pozitivă, (3) calea de acces găsită să fie legală şi acceptabilă social şi (4) recursul la aceste căi să fie accesibil persoanei (să-i sica în putinţă sa recurgă la ele). în ceea ce priveşte cel dintâi criteriu, dacă se constată că modalitatea identificată pentru satisfacerea nevoilor nu este practicabilă până la realizarea altor obiective, persoana trebuie sa-şi orienteze atenţia şi eforturile, înainte de toate, în direcţia atingerii acestora. Nesaţisfacerea celorlalte criterii impune reformularea afirmaţiilor sau înlocuirea acestora cu altele care pot fi considerate acceptabile.

Cea mai complexă intervenţie care vizează rezolvarea problemelor este *recadrarea,* pe care ani prezenta t-o însă ca intervenţie de sine stătătoare.

Nu putem încheia fără a sublinia importanţa identificării acelor probleme care nu pot fi rezolvate şi cu care, în consecinţă, persoana trebuie să înveţe sa coabiteze. Watzlawick *el al.* (1990) insistă asupra faptului că eforturile continue, mobilizate în vederea soluţionării acestui lip de probleme, nu are darul decât de a contribui la agravarea lor. Pierderile ireversibile fac parte din această categorie, asemeni foarte multor lucruri care depind de alte persoane sau de desfăşurarea firească a unor procese naturale ori sociale. Rezolvarea cu adevărat posibilă şi viabilă a acestor situaţii constă în găsirea acelor resurse care ne pot ajuta sa le putem accepta cu cât mai multă resemnare sau seninătate cu putinţă. Tehnicile cate vizează descoperirea câştigurilor personale implicate in aceste pierderi pot fi la fel de eficiente în unele situaţii, precum invocarea unor concepţii filozofice sau religioase. Şi în aceste cazuri, aportul intervenţiilor metaforice se poate dovedi benefic.

3.6. Intervenţiile specifice

Sunt intervenţii ce vizează asigurarea unor componente ale terapiei care se adresează unor nevei subordonate obiectivelor terapeutice majore. Putem include în această categorie antrenamentul asertivilăţii (afirmării de sine) şi al altor abilităţi de comunicare eficientă, încurajarea spontaneităţii, dezvoltarea receptivităţii faţă de trăirile emoţionale, însuşirea şi antrenamentul hipnotic al unor forme de comportament adaptat etc. Unele dintre aceste intervenţii urmăresc un plan structurat sau îmbracă forma unor scenarii structurate, în timp ce altele se definesc doar prin obiectivul terapeutic vizat, forma concretă a realizării acestora urmând să fie stabilită de terapeut. Vom ilustra prima categorie prin trei exemple.

Prelucrarea incidentelor critice constituie o intervenţie destinată cu precădere persoanelor care au suferit traume ce au reprezentat puncte de cotitură în viaţa lor. Yapko (1990, p. 310) stabileşte următoarele secvenţe

ale intervenţiei:

1. Inducerea transei, generarea unei stări de confort;
2. Regresia de vârstă la contextul în care se desfăşoară incidentul;
3. Explorarea contextului;
4. Evocarea asociaţiilor emoţionale;
5. Identificarea distorsiunilor centrale;

6. Catharsisul;
7. Disocierea de a teci;
8. Modificarea dimensiunilor reprezentarii/recadrarea ;
9. Restructurarea focusului atenţiei şi a conţinu tu Iui memoriei;
10. Amplificarea reprezentărilor alternative;
11. Progresia de vârstă cu noile resurse;
12. Sugestii posthipnotice pentru accesarea în viitor a amintirii incidentului;
13. Revenirea din transă.

Autorul subliniază faptul că aprecierea caracterului traumatic al evenimentelor se face de către client. Chiar dacă în aprecierea terapeutului întâmplările la care se face trimitere ar fi lipsite de dramatism, acesta trebuie să acorde credit clientului, de fapt singurul în măsură să aprecieze impactul avut asupra lui de evenimentele în cauză. Yapko avertizează, de asemenea, asupra faptului că evocarea experienjială a incidentelor traumatice se face cu scopul prelucrării acestora, după modelul prezentat şi nu pentru a satisface nevoile voyeurisle ale terapeutului. Dacă hipnoterapeutul nu are în vedere structura mai sus schiţată, simpla evocare a evenimentelor dureroase riscă să bulverseze clientul, fără a-i aduce însă acea eliberare de sub povara amintirii lor, care constituie de fapt obiectivul terapeutic.

Crearea generatorului de comporiainente nai este o tehnică elaborată de Bandlcr si Grinder (1981), pentru substituirea unor forme de comportament apreciate de către client ca nesatisfăcătoare. Intervenţia, practicată în hipnoză, urmăreşte următorul algoritm *(op. cit.,* p. 182):

1. Selectarea situaţiei (contextului) în care se doreşte un nou comportament;
2. Alegerea unui model de urmat;
3. Urmărirea atentă a modului în care modelul acţionează în situaţia dată (ca într-un film);
4. Clientul înlocuieşte imaginea modelului cu cea a propriei persoane ;
5. Clientul păşeşte în film pentru a trăi şi kinestezic noua formă de comportament;
6. Orientarea spre viitor: stabilirea stimul ui ui-che ie, din partea căruia se aşteaptă declanşarea noii forme de comportament în locul celui vechi,

Strategia prezentată mai sus îşi propune modificarea directă a comportamentului iiedorit. In cazul în care aplicarea ei evocă rezistenţe din partea clientului, se poate combina cu recadrarea. In situaţiile în care persoana întâmpină dificultăţi în găsirea unor modele satisfăcătoare, terapeutul ti poate sugera să caute fie printre amintirile legate de situaţiile în care ca însăşi s-a manifestat mai potrivit cu propriile expectaţii, fie printre cele legate de persoane pe care le-a respectat sau admirat şi care cu certitudine s-ar fi comportat mai eficient într-o situaţie ca cea în care se

doreşte schimbarea.

Intervenţiile care se adresează „copilului interior" au la bază lucrările lui Bradshaw, .are, la rândul lui, s-a inspirat din teoria analizei tranzacţionale asupra ipostazelor eului, :iind în egală măsură influenţat de hipnoza ericksoniană. Setul de exerciţii propus de bradshaw (1993) se adresează acelor clienţi, al căror „copil interior" a suferit vătămări, i:i majoritatea cazurilor în relaţiile cu părinţii sau care nu s-a putut dezvolta îndeajuns, ,.i urmare a restricţiilor ce i-au fost impuse. Altfel spus, aceste intervenţii vizează descoperirea surselor unor patternuri de reacţie care pol fi puse pe seama unor „leziuni

ale eului", suferite în perioada copilăriei sau a adolescenţi, respectiv remedierea acestora. Ideea fundamentală este aceea că adultul, care este clientul Ia ora actuală, poate - beneficiind de resursele sale actuale - lua în ocrotire copilul rănit care a fost, permiţându-i astfel acestuia să dezvolte acel sentiment fundamental al încrederii şi siguranţei, care nu s-a putut dezvolta la momentul oportun şi să permită astfel înlăturarea acelor mecanisme defensive, care contribuie la generarea problemelor actuale. Alte intervenţii adresate „copilului interior" îşi propun, dimpotrivă, descoperirea şi valorificarea unor resurse ale copilăriei, care au fost între timp dezactivate. Exemplul nostru de mai jos, intitulai *„Meditafi<> asupra unei amintiri creatoare din copilărie"* face parte din această din urmă categorie:

„Concentrafi-vă asupra respiraţiei... Luaţi cunoţtiiilâ de ceea ce se întâmplă în corpul dvs. în timp ce inspiraţi... Şi expiraţi... începe/i lent să expiraţi un abur alburiu care formează cifra 5pe un fond negru... Dacă nu puteţi vedea cifra 5, pictaţi-o mental cu degetul... Expiraţi apoi cifra 4 sau pictaţi-o cu degetul... Simţiţi cum vă lăsaţi purtai (â) puf in... Fi(i conştient (â) in acelaşi timp că vă reţineţi atât timp cât doriţi... Acum expiraţi sau pictaţi cifra 3... Puteţi în acest moment să vă lăsaţi purtat(ă) puţin mai mult....Amimiţi-vă primele timpuri în care aii învăţat să ţineţi... ţi să daţi drumul din mână... Aţi învăţat să ţineţi când aţi început să merge(i... Când aţi început să mergeţi singur (ă)... Aii învăţat să vă daţi drumul când vă dădeaţi într-un leagăn şi simţeaţi cum vântul vă ridică părul... V-afi dat drumul atunci când aţi visat pentru întâia oară cu ochii deschişi şi când mergeaţi să vă culcaţi seara... Ştiţi deci până la ce punct să vă ţineţi şi până la ce punct să vă daţi drumul... Şi puteţi rămâne complet conştient(ă) de vocea dvs., de muzica pe care o ascultaţi, de atingerea hainelor pe corpul

dvs.... Conşlientfă) de spatele dvs. sprijinii de fotoliu, de aerul de pe chipul dvs. . . . Şi în acelaşi timp intraţi într-o transă uşoară şi odihnitoare... Puteţi simţi că tot exteriorul corpului dvs. e greu... sau la fel de uşor ca un fulg... Fie că simţiţi greutate sau uşurare, vă puteţi lăsa pradă acestei senzaţii, o puteţi lăsa să vă poarte într-un vis... Va fi visul unei descoperiri... In acest vis veţi regăsi o amintire din copilăria uitată de mult fi neobişnuită... ft/ate fifoarte clară sau foarte vagă... Dar visul dvs. vă va arăta cu siguranţă amintirea unui germene creator..,. Poate că şi exprimaţi deja această creativitate în viaţa dvs. sau poale veţi găsi o amintire care să constituie sământa de care aveţi nevoie acum... O veţi şti... Şi ceea ce veţi şti va fi hîne pentru dumneavoastră.... Pregătiţi-vă. fiţi gata să-i acordaţi exact două minute, ceea ce reprezintă tot timpul din lume pentru inconştient... In interiorul acestui timp veţi descoperi un alt timp... Puteţi începe acum... (Pauză de două minute.) Oricare ar fi experienţa

pe care tocmai o trăiţi, ea este bună pentru dvs Sunteţi exact acolo unde aveţi nevoie să

fiţi Puteţi să vă gândiţi la această experienţă... Poate că ştiţi deja... Poate aveţi nevoie să

luaţi ceea ce aţi primit şi să trăiţi cu acest lucru câteva zile... Sau poate câteva săptămâni... Numai dvs. oştiţi... E posibil să fiţi surprinsO)-- Să fiţi deodată conştient (â) de ceva... Când

veţi privi ceva, când veţi cili o carte, când veţi merge... Acest lucru vă va apărea .....Acum vedeţi

cum apare lent cifra 3, simţiţi-vă mâinile şi mişcaţi-vă degetele picioarelor... Vedeţf apoi cifra 5 şi simţiţi că tot corpul dvs. este treaz... Lăsaţi acum spiritul dvs. să redevină complet alert, simţiţi că v-afi recăpătat total starea dvs. de conştientă normală... Acum deschideţi ochii..." (După Bradshaw, 1993, pp. 342-343).

Price (1996) apreciază că intervenţiile adresate „copilului interior" sunt bazate cel puţin pe stările ego-ului şi nu pot fi reduse la o simplă metaforă sau vizualizare plăcută. Intervenţiile care fac pane din această categorie şi a căror gamă nu este nici pe departe epuizată de cele câteva exemple pe care le-am prezentat, întregesc colecţia mijloacelor hipnoterapeutice. Este recomandabil, ca asemeni tuturor celorlalte tehnici hipnotera- peuiice, şi acestea să fie utilizate doar în cazurile în care problema concretă a clientului justifică recursul la ele. Este necesar totodată, ca terapeutul care le utilizează să fie

conştient de întreaga gamă de reacţii ale clientului pe care aplicarea lor le poate genera şi, mai important chiar, să dispună de mijloacele terapeutice necesare pentru a putea gestiona aceste răspunsuri în condiţii de deplină securitate pentru persoana avută în tratament.

4. Revenirea din transă

Revenirea din transa se poate face practic foarte simplu, invitând clientul - după ce intervenţia hipnoterapeutică propriu-zisă şi-a atins obiectivele - să deschidă ochii. Uneori clientul este cel care revine în mod spontan, fără a aştepta o invitaţie formală în această direcţie. Pe de altă parte însă, nu este mai puţin adevărat nici faptul că, procedând astfel, ne asumăm riscul unei reveniri prea abrupte. In astfel de condiţii, ne putem aştepta ca persoana să întâmpine dificultăţi de readaptare şi reorientare, simţindu-se confuză sau derutată. Senzaţia asociată acestei modalităţi de terminare a transei poate fi una neplăcută, sentimentul de disconfort putându-se asocia cu manifestări fiziologice dezagreabile. Mai mult, prin revenirea prea abruptă din transă, unele dintre fenomenele induse hipnotic ar putea persista, transformându-se. Ia rândul lor, în surse de disconfort.

Pe de altă parte, majoritatea autorilor insistă ca revenirea din transă să fie treptată şi să includă anularea tuturor modificărilor induse prin hipnoză. în cadrul acestei secvenţe, parcurgem practic împreună cu clientul, drumul invers al intrării în transă, urmărind să înlăturăm toate senzaţiile pe care le-am indus şi să sugerăm revenirea „la normal" a ruturor senzaţiilor a căror diminuare am comandat-o pentru a genera transa. Atenţia clientului este comutată dinspre evenimentele petrecute în interiorul Iu* asupra celor din exterior, la care urmează să se adapteze din nou cu maximum de eficienţă. Dacă inducând transa căutăm să generăm o stare vecină cu presomnolenţa, la revenirea din hipnoză obiectivul este redinamizarea clientului. în sfârşit, spaţiul asigurat pentru „reorientarea clientului spre starea de veghe" ne oferă şansa de a puica întări cele învăţate în transă.

Havens şi Walters (1988) propun ca revenirea din transă să se facă în cinci secvenţe succesive, fiecare dintre acestea asumându-şi îndeplinirea unor obiective specifice.

Trecerea în revistă a celor învăţate în transă - vizează întărirea cunoştinţelor însuşite în cadrul intervenţiei. Se realizează prin sugestii de genul:

> *.....Şi acum, înainte de a reveni la starea de veghe conştientă... la starea normală de*
>
> *veghe... vei putea profita de şansa... oferită de această stare confortabilă de conştientă de sine.-- de a deveni şi mai conştient(â) de acele lucruri... pe care te vei putea utiliza mai târziu... acele lucruri pe care le-ai invălat... acele abilităţi şi deprinderi pe care le-ai trecut poate cu vederea până acum... şi de a dobândi o nouă viziune... asupra posibilităţilor de a recurge la noi modalităţi... de a gândi, de a simţi sau de a face lucruri... Este bine... te poţi l&ia acum... câtva timp... un timp scurt care poate părea atât de mult timp... pentru a revizui şi a planifica... la un anumit nivel al conştientei— acele lucruri pe care le vei face mai târziu... acele lucruri pe care le vei schimba mai târziu... atunci când vei începe să te foloseşti din ce în ce mai mult... de ceea ce eşti şi poţi în mod real...".*

Ratificarea sugestiilor - este secvenţa prin care sunt întărite sugestiile date în timpul intervenţiei:

„... iar acum te poţi folosi de timpul care ne-a rămas la dispoziţie... pentru că peste câteva momente, atunci când vei aluneca înspre starea de veghe... şi te vei trezi- • ţi se va părea

interesant să ştii că în această alunecare, in aceasta stare de relaxare a fiinţei, în cari gândurile plutesc precum visele ce devin conştiente, pentru un timp... trecând printre gânduri.. lăsatul, in urmă unele dintre ele, pentru a fi utilizate, cândva, mai târziu. în timp ce altele sun: reţinute... dor după aceea se îndepărtează, din ce în ce mai mult, devenind uitate in timp... toată trăirea lor părând a fi atât de departe, atunci când inconştientul tău protejează partea ta conştientă... lăsând aceste lucruri în urmă... uitate... dar în acelaşi timp păsrrândulc amintirea... şi timpul se modifică, de asemenea, astfel încât să poţi şti cum anume e.iie o transă... atunci când începi să ştii că ceea ce părea să dureze atât de puf in s-a dovedit a lua atât de mult timp... sau că ceea ce părea să persiste atât de mult, de fapt nu a durat deloc...".

Reorientarea spre starea de veghe - cuprinde acele comenzi, prin intermediul cărora atenţia clientului este îndreptată treptat din nou asupra stimulilor din exterior, pe baza cărora persoana se poate adapta la condiţiile mediului:

.....iar acum.-, inconştientul tău le poate permite... instanţelor tal conştiente... să ia din*
nou la cunoştinţă sunetele... sunetele din această încăpere... sunetul vocii mele... [Volumul vocii şi tempo-ul prezintă un crescendo uşor| *precum şi senzaţiile din braţ... şi din picior... variatele gânduri şi sentimente... în timp ce revii treptat la starea de. veghe* conştientă. (Se lasă o scurtă pauză pentru a permite clientului să-şi deschidă ochii. Mulţi clienţi încep să se mişte şi să întindă când se ajunge aici. în timp ce alţii îşi deschid pur şi simplu ochii si rămân nemişcaţi. In ambele cazuri se trece la scurt timp după deschiderea ochilor la formularea comentariilor menite să distragă atenţia clientului. Toate aceste comentarii sunt rostite pe un ton al vocii cât mai asemănător cu cel folosit in conversaţiile obişnuite.]... *si revii complet la suirea de veghe conştientă* ***acum...*** *ia suprafaţa stării de veghe conştientă... odihnit (â) şi reconfortat(ă)... acum când revii complet la starea de veghe conştientă... şi ochii se pot deschide acum... aşa, ochii se deschid.., şi starea de veghe revine complet...".*

Comentariile pentru distragerea atenţiei - sunt utilizate pentru a împiedica clientul să se consacre imediat unei analize a celor petrecute în timpul transei şi pentru a oferi astfel o şansă ca intuiţiile şi deciziile care au nevoie de a mai rămâne în zonele protectoare ale inconştientului să evite confruntarea prea brusca cu scrutinul critic al instanţelor conştiente. Aceste comentarii sau strategii de distragere pot îmbrăca forme diferite. Unele dintre ele revin brusc Ia probleme discutate înainte de inducerea transei, dar care nu au fost atinse în cadrul intervenţiei (de exemplu : *„M-am mai gândit în legătură cu ce ziceai*
despre..." [se menţionează una dintre temele discutate în prealabil]), altele sunt total lipsite de legătură cu situaţia, luând literalmente clientul prin surprindere *(„Ce crezi, vom avea vreme frumoasă zilele astea ?* ") sau fac trimitere Ia planurile clientului pentru viitorul apropiat *(„Te-ai gândit ui ce veiface în acest sfârşit de săptămână* ?").

întrebările referitoare la transă - sunt adresate clientului de regulă după ce nc-am asigurat prin strategiile de distragere a atenţiei că am asigurat suficient timp sedimentării intuiţiilor şi deciziilor luate. Unele dintre aceste întrebări sunt cu caracter mai degrabă general (de exemplu : *„Există ceva în mod special din cele trăite ele tine pe parcursul*
acestui exerciţiu, pe care ai dori să-/ relatezi ? " sau *„ Care este lucrul pe care ţi-l aminteşti cel mai clar în legătură cu experienţa pe care ai trăit-o ?* " etc). Alte

întrebări sunt ţintite şi vizează aspecte pe care terapeutul Ie consideră importante din punctul de vedere al obiectivelor terapeutice urmările.

Autorii subliniază în legătură cu această investigare posthipnotică a celor trăite în timpul transei de către client, că aceasta nu se poate constitui într-un mijloc eficient de evaluare a eficienţei intervenţiei, în primul rând datorită faptului că multe dintre

rezultatele acestui demers vor fi sesizabile doar după câteva zile sau săptămâni. Această secvenţă vizează mai degrabă identificarea acelor elemente care au facilitat, respectiv îngreunat inducerea transei şi practicarea intervenţiei, decât evaluarea rezultatului terapeutic. Mai mult chiar, putem profita de această secvenţă a intervenţiei pentru a asigura clientul de faptul că se poate aştepta ea efectul intervenţiei să se materializeze sau să se completeze progresiv în timp, întărind astfei expeetaţiilc pozitive faţă de progresele posfhipnoiice.

CAPITOLUL X

Autohipnoză

Originile autohipnozei pot fi regăsite în cercetările lui Vogt, efecluate între anii 1893-1900, în metoda sugestivă propusă de Coue, respectiv în antrenamentul *(tmining)* autogen elaborat de Schultz, dacă nu chiar în practicile meditative ale yoghinilor. Fundamentul oricărei metode de autohipnoză îl reprezintă recunoaşterea faptului că, în esenţa ei heterohipnoza nu este nimic altceva, decât hipnoză indusă din exterior, care se transformă în autohipnoză. Nici o sugestie hipnotică nu îşi poate atinge obiectivul în ahscnţa acestei secvenţe prin care ea este tradusă în autohipnoză. Tratate multă vreme ca opuse una celeilalte (cel puţin prin dispunerea de-a lungul axei dependenţă-autonomie) - in special datorită preconcepţiilor, dar şi a teoriilor care într-o primă etapă a dezvoltării hipnozei au dominat modul în care se gândea asupra fenomenelor hipnotice - în zilele noastre auto- şi heterohipnoza sunt privite mai degrabă ca aliate puse în slujba aceloraşi obiective, care se completează reciproc, contribuind practic într-o măsură sensibil egală ia rezolvarea problemelor tratate prin hipnoterapie. Majoritatea tratatelor de hipnoză consacră părţi mai mult sau mai puţin ample autohipnozei, foarte multe chiar dintre programele terapeutice prezentate în acest volum subliniind importanţa completării intervenţiilor realizate în condiţiile asistării de către terapeut cu exerciţiile efectuate pe cont propriu. Semnificativ în acest sens este şi faptul că foarte multe dintre studiile recente, dedicate tratamentului hipnotic al unor probleme variate, nici măcar nu consideră important să specifice în titlul lor că-se referă eminamente la metode de autohipnoză.

Creşterea semnificativă a ponderii autohipnozei în cadrul tratamentelor hipnoterapeu- cice este în legătură directă cu evoluţia concepţiilor asupra hipnozei, în particular, respectiv asupra psihoterapiei, în general. Această deplasare a accentului asupra contribuţiei active a clientului la realizarea obiectivelor terapeutice nu face decât să se ralieze la tendinţa legitimă - ce-şi găseşte practic expresia în cadrul majorităţii şcolilor psiho- lerapcutice la ora actuală - de a miza în cea mai mare măsură cu putinţă pe eforturile pe care persoana însăşi le poate mobiliza în vederea rezolvării problemelor cu care se confruntă. Nu este mai puţin adevărat nici faptul că noile posibilităţi tehnice, oferite de dezvoltarea mijloacelor audiovizuale moderne, au deschis la rândul lor perspective care facilitează în bună măsură realizarea acestor deziderate.

Recunoaşterea importanţei contribuţiei pe care autohipnoză o poale

aduce în sporirea eficienţei hipnoterapiei, nu ne scuteşte de sarcina definirii riguroase a autohipnozei şi j condiţiilor în care ea poate fi practicată în deplină siguranţă. Am amintit, în introducerea acestui capitol, că mulţi specialişti sunt de acord în a susţine că, în esenţă, orice hipnoză ar fi autohipnoză. Este de ia sine înţeles că, dacă această aserţiune poate fi acceptată ca fiind validă cu privire la mecanismele intime care participă

la impunerea sugestiilor hipnotice, ea în nici un caz nu trebuie să ne conducă la convingerea că cele două forme de intervenţie hipnotică nu ar prezenta diferente importante.

De Betz (1985) înţelege prin autohipnoză „capacitatea persoanei de a intra în mod voluntar, sub influenta propriilor sugestii in starea de transă hipnotică" *(op. cit..* p. 53). în timp ce pentru Caprio şi Berger autohipnoză ar desemna „inducerea stării hipnotice chiar de către persoană" (1974. p. 12). Alman şi Lambrou (1992) constată, ta rândul lor. că în cazul auiohipnozei persoana este în egală măsură operatorul si subiectul intervenţiei sau, în termeni împrumutaţi din arta scenică, şi regizorul şi deţinătorul rolului principal.

Considerăm că principalul reproş caic se poale aduce acestui gen de definiţii ar fi acela ca, practic, fiecare dintre ele eşuează în a circumscrie acele limite operaţionale ale contribuţiei persoanei la generarea stării hipnotice, în cadrul cărora aceasta poate li considerată. Nu reiese, într-o manieră lipsită de echivoc, din aceste definiţii dacă inducerea voluntară a transei chiar de către persoană s-ar rezuma doar la situaţiile în cure ea însăşi ar fi cea care ar ros li (în gând sau în şoaptă) formulele menite să inducă transa (cum se întâmplă de exemplu în antrenamentul autogen), sau dacă ar fi asimilabile aici şi toate situaţiile în care, în cadrul unei intervenţii heterohipnotiee, clientul ..traduce" sugestiile terapeutului în autosugestii. Dacă am accepta ca definitorie pentru hipnoza indusă chiar de către persoană doar prima variantă, foarte limitativă de altfel, atunci am exclude din sfera autohipnozei toate acele exerciţii care fac recurs la casele audio. înregistrate în cadrul şedinţei heterohipnotiee de către terapeut pentru uzul clientului, pe când dacă am accepta cea de a doua variantă, am reveni la problema deja semnalată de a nu mai putea diferenţia cele două forme de hipnoză.

Apreciem prin prisma analizării dificultăţilor semnalate că o soluţie pertinentă peniru evitarea acestora ar putea fi oferită de adoptarea unui criteriu alternativ, care ar putea fi reprezentat de lipsa unei asistenţe nemijlocite acordate de o altă persoană. în vederea intrării în transa hipnotică. Astfel, *înţelegem prin autohipnoză acea intervenţie hipnotică în esenţă, care este realizată în mod deliberat de către beneficiarul ei - o persoană tratată în prealabil prin heterohipnoză sau nu -fără ajutorul nemijlocit primit din partea unei alte persoane.*

Elementul de fini lor iu îl reprezintă aşadar efectuarea intervenţiei propriu-zisc în absenta unei persoane care ar putea contribui în mod nemijlocit la intrarea în transă sau la realizarea obieciivelor terapeutice. Definiţia nu exclude însă posibilitatea îndrumării persoanei de către un specialist, cu ajutorul căruia clientul poale alege modalitatea optimă a inducerii transei, poate fixa obiectivele intervenţiei şi poate di scula ulterior rezultatele şi eventualele dificultăţi ivite pe parcursul exerciţiului. Autohipnoză nu exclude nici posibilitatea introducerii persoanei în experienţele hipnotice printr-o intervenţie heicrohipnotică (sau o serie de astfel de intervenţii). Kroger (1977) îşi exprimă chiar părerea că, la origine,

orice autosugestie ar fi fost heterosugestie, apreciind că auto- hipnoză esle produsă de cele mai multe ori de sugestiile posthipnotice formulate în prealabil de operator (hipnoterapeut). LeOon (1970), unul dintre principalii promotori ai autohipnozei, susţine, ta rândul lui, că cea mai bună metodă de a învăţa autohipnoză este de a solicita în acest scop ajutorul unui hipnoterapeut calificat. De altfel, majoritatea hipnoterapeuţilor apreciază - în deplin acord cu tradiţia inaugurată de liniştirea profilactică promovată de Vogt - că exerciţiile de autohipnoză au menirea de a veni în completarea tratamentului hetei ohipnoiic, potenţând sau facilitând rezultatele acestuia

din urmă. Fromm şi Nash (1997) - adepţi de allfd ai îmbinării hipnozei cu abordarea psihodinamică - apreciază, de asemenea, că învăţarea auiohipnozei de către client poate fi esenţială pe parcursul terapiei suporţive, ca metodă auxiliară în înlăturarea simptomelor. Autorii citaţi văd rolul autohipnozei în transferarea tehnicilor de *coping* însuşite de către client în cabinetul psihoterapeutic. din acest spaţiu protejat în viaţa de zi cu zi a acestuia. Hipnoterapeuţi ca Higgins (1990) sau Alladin (1994) recomandă înregistrarea şedinţelor heterohipnotice pe casetă audio, pentru a permite clientului să exerseze la domiciliu pe cont propriu, în timp ce Yapko (1992) sau Hunter (1996) (c oferă clienţilor casete „prefabricate". In cazul fiecăruia dintre formele de tratament propuse de către aceşti autori - precum şi de mulţi alţii asemeni lor - exerciţiile de autohipnoză îndeplinesc funcţia de „teme pentru acasă", asemănătoare celor utilizate in terapiile comportamentale sau cognitiv-comporiamerUalc. De altfel, chiar practicienii antrenamentului autogen - metodă care se desprinde programatic de tradiţia introducerii autohipnozei prin intervenţii heterohipnotice - susţin răspicat necesitatea însuşirii şi parcurgerii exerciţiilor sub îndrumarea unor terapeuţi calificaţi (Schultz, 1972: Ranty, 1990; Krapf, 1992 etc.).

Arătându-se de acord cu concepţia conform căreia orice hipnoza este în esenţa ei autohipnoză, Spiegcl *et al.* (2000) subliniază însă şi o importantă diferenţă între cele două, care ar consta în faptul că, atunci când persoana permite unui terapeut să structureze intervenţia, datorită acestui fapt. experienţa hipnotică poale fi caracterizată şi printr-o relaţie interpersonală intensă şi sensibilă între cei doi actori, în condiţiile suspendării temporare a judecăţii critice de către client. In legătură cu această diferenţiere, suntem de părere că ea se dovedeşte a fi forţată în toate acele cazuri, în care exerciţiile de autohipnoză sunt efectuate sub îndrumarea - dacă nu şi în prezenţa - terapeutului (Bergman, 1990).

Apreciem ca necesară sublinierea oportunităţii practicării autohipnozei sub îndrumarea unui specialisi în psihoterapie, mai ales în condiţiile proliferării pe piaţă a publicaţiilor şi a casetelor (audio şi video), dintre care multe promit rezolvări spectaculoase chiar cu ajutorul unor tehnici ce se reclamă a fi „autohipnotice". Multe dintre acest produse - realizate chiar. Je către adevăraţi profesionişti - menţionează cu onestitate raptul că ele nu pot suplini tratamentul asigurat de specialişti şi că nu sunt instrumente ale unei „terapii" de sine stătătoare în adevăratul sens al cuvântului, dar nu este mai puţin adevărat nici faptul că aceste menţiuni sunt trecute de multe ori cu vederea. De altfel, considerăm a fi semnificativă în acest sens observaţia formulată de Cotlon (1992), care remarcă faptul că, practic, nici unul dintre „pachetele pentru autoajutorare" nu şi-a demonstrat deocamdată eficienţa pretinsă. Credem că recursul nediscriminat şi nechibzuit la aceste „conserve de autolerapte" se poate dovedi un demers cât se poate de păgubos pentru individ, care, chiar dacă nu antrenează neapărat o agravare a simptomatologiei sau a problemei cu care se confruntă persoana, poate întârzia în anumite situaţii cu multe luni apelul la asistenţa medicală sau psihologică calificată.

Un alt element important al definiţiei precizează că autohipnoză, în adevăratul sens al cuvântului, se referă Ia intervenţiile efectuate în mod deliberat şi nu la aşa-numitele „transe spontane" sau la ceea ce în multe texte de specialitate este calificată ca „auto- hipnoză negativă" a unor persoane care suferă de depresie sau anxietate.

Metoda strategică preconizată de Eimer şi Freemaii (1998). bazată pe utiliziarea profilului abilitâfilor şi răspunsurilor hipnotice. („Hypnotic Abilities and Response

Profile ", pe scurt HARP) este un bun exemplu de integrare a autohipnozei într-o abordare terapeutică coinpicxă a durerii (vezi Anexa 8).

Hannigan (2000), care trece în revistă literatura referitoare la diferendele dintre hetero- şi autohipnoză, constată coexistenta diferenţelor şi a similitudinilor dintre cele doua. în cazul ambelor forme de hipnoză, subiecţii prezintă un anumit grad al absorbţiei în experienţa trăită şi o diminuare a orientării înspre realitate. în ceea ce priveşte relaţia dintre hipnoza indusă de o altă persoană şi cea generată prin eforturi proprii, datele suni ncconcludente.

Consideraţiile apreciative formulate de Godoy şi Araoz (1999a) la adresa autohipnozei sunt legate organic de concepţiile care atribuie hipnozei uii dublu rol strategic. Ca *agent aflai în slujba prevenţiei,* aceasta poate crea prin recursul frecvent la autohipnoză, un fel de imunitate psihologică. Pe de altă parte, în cazurile în care avem de a face cu un tablou psihopatologic constituit, utilizarea clinică a contra-inducţiei este în măsură *să faciliteze procesul de schimbare* al individului sau al unui sistem interacţional în care acesta este angrenat. Pentru terapeut, hipnoza - şi implicit autohipnoză - îndeplineşte funcţia de *suport tehnic* al procesului schimbării, prin impactul pe care îl arc asupra emoţiilor, a gândirii şi a acţiunilor clientului.

Edwards (1999) apreciază că autohipnoză şi imaginaţia dirijată îi permit clientului să retrăiască evenimentele traumatice de parcă ar privi un film, evitând astfel să fie copleşit de emoţiile negative.

Barber (1985), care este de altfel convins că majoritatea procedurilor hipnosugestive pot fi definite ca autohipnoză, apreciază că accentuarea caracterului autogen al intervenţiilor hipnoterapeutice ar prezenta marele avantaj al depăşirii rezistenţelor şi neliniştilor rezultate din ideea de a fi sub controlul cuiva, din teama de a fi inconştient sau de a nu fi în cunoştiinţă de ceea ce se întâmplă, a temerilor legate de posibilitatea de a dezvălui secrete şi, în sfârşit, din sentimentul de teamă legat de posibilitatea de a nu putea reveni din „traumă" (după Lynn, 2000).

Nu putem încheia această secţiune dedicată autohipnozei, fără a puncta şi limitele acestei categorii de intervenţii hipnotice, luarea în calcul a acestora jucând un rol esenţial în prevenirea multor eşecuri terapeutice.

O primă limită este cea impusa de stilul atribuţional caracteristic al persoanei. Este bine cunoscut faptul că, prin definiţie, psihoterapia vizează întărirea sentimentului autocontrolului, respectiv mizează în cea mai mare măsură cu putinţă, pe contribuţia personală a clientului la realizarea obiectivelor terapeutice fixate de comun acord. Nu este mai puţin adevărat nici faptul că, de cele mai multe ori, ajung clienţi ai serviciilor psihoterapeutice tocmai acele persoane pentru care regula este de a se raporta mai degrabă eu sentimentele neajutorării şi neputinţei, nu doar la problemele cu care se confruntă, luate în ansamblul lor, ci şi la sarciai relativ simple, a căror ducere Ia bun sfârşit nu reprezintă decât o verigă - mai mult sau mai puţin esenţială - a rezolvării propriu-zise a problemelor. O consecinţă nemijlocită a acestui fapt este reprezentată de incapacitatea de a asuma - cel puţin într-o etapă iniţială a tratamentului - acele responsabilităţi

care sunt implicate de o participare cu contribuţii pe cont propriu la propria terapie. Aportul personal Ia reuşita demersului terapeutic este deosebit de important, dar este la fel de important ca momentul din care se poate miza pe acesta să fie identificat cu maximum de acurateţe, pentru a evita încărcarea timpurie a clientului cu povara unor responsabilităţi care pot chiar amplifica sentimentul neputinţei.

O altă limită a tehnicilor de aulohipnoză vizează recursul la acestea în vederea explorării unor dimensiuni inconştiente, respectiv pentru a facilita exprimarea. Este cunoscut faptul că tehnicile hipnotice - inclusiv cele autohipnoticc - pot facilita eliberarea de sub influenta unor mecanisme prin care persoana îşi împiedică accesul la informaţii cu caracter personal, dar nu trebuie pierdui din vedere faptul că impactul luării la cunoştinţă a acestor informaţii poate fi uneori covârşitor, iar în absenţa unei asistenţe competente, poate genera decompensări nedorite. Nu întâmplător, hipnoterapeuţi cu experienţă în domeniul metodelor psihodiflamice, ca Fromm şi Nash (1997), avertizează împotriva utilizării autohipnozei ca metodă de dezvăluire (hipnoanalitică) sau expresivă (facilitatoare a exprimării unor emoţii intense, deci cathartică).

CAPITOLUL XI

Aplicajii clinice

1. Hipnoterapia tulburărilor/persoanelor anxioase

Anxietatea, clasificată de către Schweder (1994) printre *emoiiile fundamentale,* face parte dintre reacţiile afective cu certe valenţe adaptive (Lazarus, 1993 ; Butollo, 1996), cu condiţia să se manifeste ca răspuns dat la ameninţări obiective. După cum arată însă Freeman şi Di Tomasso (1994). anxietatea generată de situaţiile sau evenimentele percepute în mod eronat ca ameninţări sau ai căror potenţial ameninţător a fost exagerat, este incompatibilă cu adaptarea eficientă. Această formă a anxietăţii generatoare de probleme de adaptare poate fi definită ca starea în care persoana se dovedeşte incapabilă să mobilizeze un *pattern* comportamental bine definit pentru a putea înlătura sau modifica acel eveniment sau obiect, respectiv acea interpretare, care ameninţă realizarea vreunuia dintre obiectivele sale importante. într-o altă formulare, anxietatea ar reprezenta o stare de mobilizare fiziologică *{amusal),* apărută în urina perceperii unei ameninţări, care nu a fost canalizată în direcţia adecvată (Power şi Dalgleish, 1997).

Impactul deosebit al stărilor anxioase asupra persoanei rezultă din faptul că, deşi reprezintă o constelaţie de fenomene cognitive, fiziologice, afective şi comportamentale, puternic influenţată de factorii sociali şi culturali, este organizată, în esenţă, de componentele biologice (Dombeck şi Ingram, 1993), lucru uşor de înţeles dacă avem în vedere faptul că, - cel puţin în cazurile extreme - vizează evenimente relevante din punctul de vedere al supravieţuirii persoanei. Aceasta înseamnă că, o dată declanşată, anxietatea mobilizează resorturile biologice de supravieţuire ale persoanei, de unde şi tabloul modificărilor fiziologice intense (siinptomelor) care se asociază de această stare. Nu este însă mai puţin adevărat nici faptul că interpretarea situaţiilor ca fiind ameninţătoare sau nu, ca şi activarea sistemului biologic de alarmă, ţine în mult mai marc măsură de concursul unor factori de natură psihologică, socială şi culturală, decât de determinanţii biologici.

Prin hipnoterapia tulburărilor anxioase înţelegem, în esenţă, acea intervenţie psiho- terapeutică care înglobează elemente hipnotice în strategia terapeutică şi care îşi îndreaptă eforturile în direcţia dobândirii de către persoană a acelor resurse, cu ajutorul cărora să se poată confrunta în condiţii de confort psihic şi siguranţă de sine, cu situaţiile apreciate anterior

- în mod nejustificat - ca fiind amenințătoare.

Hipnoza se recomandă specialistului angajat în psihoterapia persoanelor anxioase prin cel puțin două avantaje pe care le oferă practicianului. Primul dintre beneficii se referă la *starea de relaxare* profundă care poate fi indusă prin hipnoză, aceasta fiind una dintre cele mai importante caracteristici ale transei. Mai mult chiar, spre deosebire de

majoritatea tehnicilor de relaxare, a căror însuşire este oarecum laborioasă şi necesi'-" timp, în hipnoză relaxarea poate fi indusă relativ rapid, metoda putând fi utilizată şi c. litiu de „intervenţie de urgenţă" în cazul persoanelor anxioase. în economia psihoterapk- clientului anxios, relaxarea esie importantă, nu doar datorită aportului la destindere^ musculaturii anormal de contractate, ci şi prin echilibrarea sistemului nervos vegetativ ş;. implicit, prin reducerea acelui *arousal* alarmant, care reprezintă poate cea mai spectaculoasă componentă a anxietăţii. Probabil, prin efectul relaxării hipnotice se explici rezultatele înregistrate de Garvin *et al.* (2001), care au putut demonstra experimental că simpla administrare a unei inducţii hipnotice de rutină are darul de a reduce anxietate;; şi de a ameliora dispoziţia emoţională a persoanelor sănătoase, efectele fiind comparabile cu cele obţinute prin antrenamentul autogen, respectiv prin odihnă. Celălalt avantaj al recursului la hipnoză trebuie căutat în faptul că transa constituie un context facilitator pentru exerciţiile de *imagerie mentală,* care ocupă la rândul lor un loc aparte în tratamentul anxietăţii. Imageria reprezintă, în cazul psihoterapiei persoanelor anxioase. acel mediu în care poate fi pregătită confruntarea cu situaţiile anxiogene, moment care reprezintă, în esenţă, cheia oricărei intervenţii asupra anxietăţii. Hipnoza - lucru esenţial - permite nu doar evocarea unor situaţii de viaţă sau~ evenimente reale prin proiectarea acestora pe ecranul fanteziei, dar şi trăirea acestora, ca şi cum întâlnirea s-ar fi produs în mod real (McMahon şi Slieikh, 1986 ; Isotani *et al.,* 2001). La baza acestei realizări se află o altă caracteristică a transei, anume realizarea unei stări de disociere, care îi permite persoanei să trăiască simultan două stări de conştientă diferite. Aceasta înseamnă că persoana hipnotizată prezintă *„conştiinţe paralele",* ceea ce îi permite atâl trăirea fenomenelor de transă ce îi sunt sugerate, cât şi păstrarea simultană a rolului mai obiectiv, etichetat de către Hilgard ca *„observatorul ascuns"* (Yapko, 1990).

Am recapitulat în următorul tabel câteva dintre cele mai recente studii dedicate problemei eficienţei hipnoterapiei persoanelor anxioase (tabelul 1).

Rolul relaxării în tratamentul anxietăţii

Fenomenologia tulburărilor anxioase se leagă, atât pe plan subiectiv, cât şi pe cel obiectiv, de starea de tensiune. Subiectiv, atât anxietatea, cât şi teama, sunt trăite sub forma unei tensiunii emoţionale generatoare de disconfort, iar pe plan obiectiv, se poate urmări asocierea anxietăţii cu încordarea, care uneori îmbracă chiar forma crampelor musculare, precum şi cu tulburări ale echilibrului vegetativ. Nu este întâmplător faptul câ tehnicile de relaxare reprezintă un element practic nelipsit al programelor terapeutice concepute pentru tratamentul anxietăţii şi al fobiilor. Cotton (1990) este de părere că terapiile de relaxare reprezintă, nici mai mult, nici mai puţin decât piatra de temelie a oricărui program de control *(management)* al stresului. Potrivii datelor lui Michelson şi Marcliionc, simpla combinarea a diferitelor forme ale relaxării poate fi suficientă pentru a se atinge o ameliorare semnificativă a stării persoanelor care suferă de

panică şi agorafobie (după Andrews *et al.,* 1994).

Metodele de relaxare au fost definite de către Geissmann şi Durând de Bousingen (1968) drept acele demersuri terapeutice care ţintesc cu ajutorul exerciţiilor adecvate, deeontractura musculară şi ameliorarea tensiunii psihice. Astfel, relaxarea „este tehnica căutării odihnei celei mai eficiente posibile, şi în acelaşi timp, repartizarea economicoasă a energiilor psihice mobilizate de către persoană" *(op. cit.,* p. 12). Scopul fundamental

al demersurilor/tehnicilor de relaxare este definit de Cotton (1990) ca înlăturarea sau risipirea acelor simptome fizice negative, pe care organismul uman le produce sub influenţa stresului. Ranty (1990) evaluează scopurile relaxării psihoterapeutice într-o perspectivă mult mai cuprinzătoare; în opinia lui, acestea cuprind restructurarea imaginii corporale, atingerea unei autocunoaşteri mai profunde şi mai adecvate, reconstituirea unităţii şi a identităţii, dobândirea unei autonomii superioare, asigurarea unei protecţii mai eficiente a funcţiilor somatice în cazul fenomenelor de decompensare prin mobilizarea în direcţia unei adaptări mai satisfăcătoare, luarea în stăpânire a imaginaţiei reprimate sau a celei care funcţionează împotriva persoanei, diminuarea stărilor de anxietate excesivă sau chiar eliminarea acestora, recâştigarea dorinţelor şi a bucuriilor, eliberarea corpului de tensiunile şi crampele în care acesta a fost ţinut captiv de către conflicte şi traume. Ca o sumarizare a tuturor acestora, autorul constată că sarcina demersurilor psihoterapiilor de relaxare constă în a asigura fiinţei umane acea libertate care cuprinde în aceeaşi măsură exprimarea corporală şi verbală a acestuia.

Baza relaxării o constituie aşa-numilul *răspuns de relaxare.* Benson (1996) arată că mobilizarea răspunsului de relaxare se realizează mai încet decât *răspunsul de înfruntare sau evadare (fight-or-flight response,* descris de Cannon) care se poate sesiza în condiţiile confruntării cu situaţiile ameninţătoare. în opinia lui Morgan (1999), aceasta se poate explica prin faptul că, în cazul ţesutului muscular, nu există o comandă (codificată sub forma unui impuls nervos) care să conducă în mod direct la „deconectare". Toate impulsurile care sunt transmise pe căile nervoase provoacă contracţia musculaturii. în măsura în care sistăm însă transmiterea impulsurilor activatoare, după trecerea unui anumit timp, muşchii ajung într-o stare de relaxare, vecină cu starea lipsei de activare.

Imageria mentală în tratamentul persoanelor anxioase

Nu poate fi înţeleasă importanţa recursului la imagerie în tratamentul persoanelor anxioase, decât clarificând rolul *confruntării,* respectiv al *comportamentului de evitare* în menţinerea anxietăţii. Asemeni oricărui comportament învăţat, răspunsul anxios ar fi de aşteptat să se extindă în cazul în care nu este întărit, în condiţiile confruntării cu situaţiile anxiogene, de acele consecinţe negative, pe care persoana le anticipează. Ne-am putea aştepta deci, ca în cazul anxietăţii neadaptive, definită ca teamă nejustificată, persoana să realizeze, în urma confruntării - sau a confruntărilor repetate - că temerile i-au fost nejustificate. Ca o consecinţă însă a comportamentului de evitare la care persoana recurge cu titlu de mecanism de apărare, şansa acestei experienţe pozitive este ratată, fiind în schimb întărit comportamentul care a permis preîntâmpinarea presupuselor consecinţe terifiante. Nu întâmplător identifică Salkovskis (1991) principalul vinovat pentru menţinerea anxietăţii chiar în acest comportament de evitare.

Pe de altă parte, beneficiile rezultate de pe urma asumării confruntării, sunt multiple. Acestea au fost grupate de către Hallam (1992) în următoarele cinci categorii:

Extincţia - confruntarea permite realizarea faptului că previziunile

sumbre legate de situaţie au fost nefondate sau, în cel mai rău caz, mult exagerate.

Habituarea - se referă la slăbirea unui răspuns reflex, prin expuneri repetate la influenţa aceloraşi stimuli.

însuşirea unor abilităţi de coping - persoana confruntată cu situaţii anxiogene poate învăţa răspunsuri adaptive (de exemplu controlul respiraţiei), care îi vor permite reducerea simptomelor.

Modificările cognitive - persoana expusă confruntării cu situaţia anxiogenă beneficiază de şansa de a-şi putea revizui convingerile referitoare la periculozitatea circumstanţelor. respectiv la propria capacitate de a face faţă ameninţării.

Inhibiţia reciprocă- defineşte situaţia în care, din două comportamente incompatibile. unul îl anulează pe celălalt. Uneori, confruntările din situaţiile terapeutice sunt astfel regizate, încât să includă recursul la comportamente (de exemplu: relaxarea indusă printr-o tehnică însuşită în prealabil, manifestarea furiei faţă de teamă etc) despre care se poate bănui că vor anihila anxietatea.

Sunt forme de intervenţie psihoterapeuticâ destinate clientului anxios, care recurg Ia confruntări directe cu situaţiile generatoare de teamă nejustificată, aceste intervenţii fiind întâmpinate însă de foarte mulţi clienţi cu rezistenţă, având îii vedere neliniştea considerabilă pe care simplul gând al contactului cu circumstanţele în cauză o mobilizează. In astfel de condiţii, este recomandabil să se recurgă la o soluţie introdusă pentru întâia oară de către Wolpe, el însuşi un specialist în hipnoză, anume la confruntarea prin intermediul imaginării evenimentului sau situaţiei anxiogene. Folosită iniţial în cadrul *desensibilizării progresive,* recursul la imaginaţie a inspirat ulterior numeroase alte abordări, rolul acestei mijlociri a confruntării fiind astăzţtmanim acceptat. Pentru că spaţiul nu ne permite să insistăm asupra prezentării detaliate a acestora, ne vom mărgini în cele ce urinează doar la prezentarea uneia dintre aceste tehnici, elaborată de Bandler (1995):

„Acum, iniagineazâ-ţi că eşti instalat confortabil într-o sală de cinematograf... în faţa ta este ecranul alb... şi tu stai comod pe scaun... se sting luminile in sală... se face întuneric... şi pe ecran te vezi proiectat (â)... într-o imagine statică în alb-negru... cu câteva clipe înainte de a zări acel lucru care te înspăimântă... şi continuând să te priveşti aşa... pe ecran... ieşi din corpul tău aflat în sala cinematografului... pentru a intra în sala de proiecţii... şi privind printr-una din acele mici ferestre prin care se proiectează filmul... te vezi stând în sală şi privindu-te pe ecran... şi te vezi pe ecran... în acea secvenţă statică în alb-negru... aşa, e bine, acum lasăfilmul alb-negru să se deruleze... pentru a urmări acţiunea în derulare... pentru a vedea cum te confrunţi cu situaţia de care îţi este teamă... şi cum ieşi din situaţie... scăpând de ce ţi-a fost teamă... şi de senzaţiile neplăcute generate de întâlnirea cu acel lucru (acea situaţie)... e bine... şi acum, când totul s-a terminat, opreşte filmul. într-o imagine statică... şi lasă imaginea să se coloreze... aşa, iar acum, intră în corpul tău depe ecran... astfel încât să fii în pielea ta, la câteva clipe după ce ai trecut de acea situaţie de care îţi era teamă... şi derulează acum filmul înapoi... cu viteză mare... ca atunci când derulăm videocaseta în sens invers... şi toate personajele se mişcă în sens invers... şi tu trăieşti totul din interior... doar că evenimentele se derulează cu mare viteză... şi în sens invers... şi treci în doar câteva secunde prin acea situaţie care te sperie... şi când revii la secvenţa de la care ai pornit, opreşte din nou filmul... şi gândeşte-te la ce simţi stând acum în faţa confruntării cu acel lucru de care te temi... şi poţi constata cum s-a modificat ceea ce simţifaţă de acea situaţie... ".

Intervenţia, aparţinând familiei tehnicilor de *„programare*

neurolingvistică", operează cu submodalităţi ale procesării imaginilor vizuale: culoarea, viteza de deplasare a imaginilor succesive, mişcarea înainte-înapoi. O altă modalitate ingenioasă de a realiza confruntarea treptată, este de a recurge la evocarea *disociată,* respectiv *asociată* a confruntării cu evenimentele sau situaţiile anxiogene. în cel dintâi caz, persoana se percepe doar, acţionând în situaţie, ca şi când ar asista Ia un film al cărui protagonist este ea însăşi, pe când în cel de al doilea, îşi imaginează evenimentele chiar prin prisma celui care participă nemijlocit la derularea evenimentelor. Este de la sine înţeles că în acest din urmă caz şl trăirea celor „întâmplate" este mai intensă. Merită să menţionăm faptul că

există o formă de disociere şi mai pronunţată, aplicabilă mai ales în cazul clienţilor, care sunt atât de anxioşi că nu se pot reprezenta confruntându-se cu situaţia nici măcar sub formă disociată. *Modelarea protejata (covert nwdeling),* elaborată de Cautela, vine tocmai în sprijinul acestor persoane, oferindu-le posibilitatea să-şi imagineze mai întâi o persoană străină, cu date personale (vârstă, sex, statură etc.) asemănătoare cu ale lor, făcând faţă unor situaţii care pe ele le înspăimântă.

Asemeni abordării altor probleme psihologice, şi în cazul tratamentului anxietăţii, elementele hipnoterapeutice pot fi împrumutate selectiv şi incluse în intervenţii orientate strategic sau pot fi utilizate sub formă de programe („pachete") structurate, concepute din start pentru a putea răspunde complexităţii cu care anxietatea confruntă atât clientul, cât şi terapeutul angajat în tratarea acestuia.

Volumul editat de Lynn şi Kirsch, care prezintă studii de ca/, din sfera aplicării hipnozei clinice în tratamentul anxietăţii, permite realizarea unor comparaţii interesante între abordările unor specialişti de orientare diferită. Autorii acestor studii - autorităţi recunoscute în domeniul aplicării diferitelor forme ale hipnozei clinice - prezintă de-a lungul aceluiaşi caz (o pacientă de 49 de ani, incapabilă de utilizarea toaletelor publice din cauza inhibiţiilor), propria lor abordare.

Matthews *el al.* (1996), reprezentanţi ai *hipnoterapiei ericksoniene,* accentuează în mai mare măsură rolul învăţării prin analogii şi metafore terapeutice, decât cel al sugestiilor directe care mobilizează la acţiune. Scopul lor fundamental este de a ajuta clientul să dobândească o mai mare flexibilitate în cadrul rolurilor sociale şi dezvoltarea unei optici mai adecvate din punctul de vedere al adaptării, asupra situaţiilor de viaţă cotidiene, precum şi facilitarea accesului clientului la propriile resurse energetice. Kirsch şi Coe (1996), prin abordarea lor etichetată drept *multimodală,* se angajează de fapt în aplicarea demersului BASIC-1D, conceput de Arnold Lazarus. Intervenţia ţinteşte şapte componente fundamentale, relevante (în acest caz) din punctul de vedere aJ anxietăţii: conduita/comportamentul *{behavior),* emoţia *(affect),* senzaţiile *(sensatiori),* imaginaţia *(imagery),* cogniţiile *(cognitions),* sistemul relaţiilor interpersonale *(interpersonal),* precum şi medicamentaţia fglosită de persoană şi modificările fiziologice asociate de anxietate *(drugs [physlology]).* Posibilitatea influenţării acestor factori *este* văzută de către autori prin utilizarea unor mijloace ca relaxarea, imageria mentală, exersarea formelor de comportament adaptat, apropierea treptată de scopurile stabilite şi restructurarea cognitivă. Utilizarea hipnozei ar fi indicată îndeosebi la acei clienţi care se raportează pozitiv la această metodă şi pentru care recursul la hipnoză conferă intervenţiei un spor de autenticitate. Consecvent principiilor *Terapiei Comportamentale Raţional Emotive* (TCRE), elaborată de către el însuşi, Ellis (1996) pune accentul pe modificarea convingerilor şi a comportamentului, respectiv pe acele tehnici care pot sprijini realizarea obiectivelor propuse. Din această ultimă categorie, consideră drept importante combaterea gândurilor iraţionale, formularea aserţiunilor care pot fi puse în slujba *coping-u|ui,* însuşirea prin

modelare şi jocuri de rol a cogniţiilor şi comportamentelor eficiente din punctul de vedere al adaptării, antrenamentul abilităţilor *(skill training),* întărirea, şi diminuarea sensibilităţii patologice în situaţii anxtogene (desensibilizarea *in vivo).* Este interesant de observat că autorul, care considera iniţial hipnoza drept o abordare incompatibilă cu TCRE, a recunoscut ulterior faptul că hipnoza poate oferi un ajutor preţios în învingerea rezistenţelor. Mai mult chiar, făcând posibilă evocarea amintirilor in condiţiile asocierii acestora cu emoţii şi retrăirea lor, hipnoza nu se mărgineşte doar

la a facilita aplicarea TCRE, dar contribuie chiar la întregirea acesteia. în sfârşit. Nash (1996), abordând problema din perspectiva *„hipnozei informată din perspectivă psihanalitică",* consideră necesară înainte de toate realizarea unei analize psihodiagnostice. care ia în considerare deopotrivă rezultatele furnizate de MMPI şi de testul Rorscharch. Autorul diagnostichează în acest fel tendinţele obsesiv-compulsive, cele ale somatizării. precauţiile exagerate, susceptibitatca manifestată în relaţiile interpersonale, anxietatea generalizată şi stima de sine scăzută. Intervenţia propriu-zisâ *este* de tipul psihoterapie! scurte, centrată pe problemă, şi care oferă, în egală măsură, suport şi posibilitatea de a dobândi control asupra situaţiei. în cadrul acesteia, hipnoza ar asigura orientarea înspre simplome, diminuarea intensităţii emoţiilor negative, fortificarea mecanismelor de apărare şi de *coping* mobilizate în slujba adaptării, precum şi întărirea sentimentului de eficienţă personală.

Cardena *et al.* (2000) consideră necesară integrarea hipnozei în tratamentul SPT. susţinând că persoanele care au suferit traume ar fi hipnotizabile cu relativă uşurinţă, întrucât prezintă simplome disociative şi pentru că în starea de hipnoză îşi pot evoca amintirile traumatice. Autorii descriu trei paşi tipici ai intervenţiei. Primul constă în secvenţa *stabilizării şi a reducerii simptomatologiei.* în cadrul celui de al doilea pas, se realizează *tratamentul amintirilor traumatice,* cu ajutorul mijloacelor relaxării, a proiecţiei, restructurării, regresiei de vârstă, a punţii emoţionale şi a inhibării imaginilor intru/ive. In sfârşii, în cadrul celui de al treilea pas, se lucrează pe *reintegrarea şi reabilitarea personalităţii.* Cardena şi colaboratorii săi scot, de altfel, în evidenţă rolul a opt procese în tratamentul SPT acestea fiind confruntarea, exprimarea verbală (confesiunea), consolarea, trăirea conştientă, condensarea, concentrarea, controlul şi congruenţa.

Vom prezenta în continuare în detaliu o intervenţie structurată, elaborată de Higgins (1990), pentru a ilustra modul în care este construit şi aplicat un astfel de program.

Higgins (1989) propune o intervenţie structurată pentru tratarea anxietăţii, pornind de la teza care susţine că la originea acestei tulburări s-ar afla acea particularitate a percepţiei de a se baza pe informaţii nu neapărat faptice, ci uneori de natură iluzorie. Influenţat de Watzlawick, dar şi de reprezentanţii teoriilor cognitive asupra tulburărilor psihice, autorul este de părere că atât încrederea în sine, cât şi anxietatea - aflată Ia polul opus - se dezvoltă ca rezultat al unor percepţii personale, care reflectă modul prezumtiv în care persoana se va comporta într-un context specific în viitor. Astfel Higgins, este de acord cu leza formulată de Bcck (1999), conform căreia dacă o persoană se evaluează la modul negativ şi se reprezintă acţionând de o manieră indezirabilă, riscă să se confrunte cu o stare de anxietate considerabilă şi să fie nevoită să recurgă la un număr de comportamente ce au drept scop reducerea disconfortului. La baza anxietăţii suni evidenţiate o serie de evaluări ce pornesc de la comparaţii relevante, având ca termeni (1) ceea ce persoana consideră că este (sau cum apreciază

că se va descurca); (2) ceea ce consideră că ar trebui să fie (sau cum apreciază că ar trebui să se descurce) şi (3) ceea ce crede că alţii ar aştepta din partea lut să fie (sau cum apreciază că alţii i-ar pretinde să se descurce). Anxietatea este resimţită atunci când persoana percepe o discrepanţă între ceea ce este/face şi ceea ce s-ar aştepta (fie ea, fie ceilalţi) să fie/să facă. Intensitatea anxietăţii este de aşteptat să varieze de la uşoară (frustă) Ia severă, în funcţie de (1) măsura în care cei doi termeni ai comparaţiei se îndepărtează unul de celălalt *şi* (2) cât de cruciale sunt considerate rezultatele performanţei anticipate pentru *starea* de bine psihologică şi/sau fiziologică a persoanei.

Intervenea terapeutică vizează, încă din fazele ei iniţiale, reducerea anxietăţii la un nivel ce poate fi controlat de către client prin (1) ameliorarea capacităţii sale de a-şi evalua mai exact posibilităţile de a acţiona şi - ca o consecinţă - de a întreprinde acţiuni necesare şi rezonabile; (2) reevaluarea importanţei conferite modului în care clientul este apreciat de către alţii, în contexte diferite; şi (3) reevaluarea semnificaţiei urmărilor diferitelor evenimente.

De cele mai multe ori, clienţii anxioşi caută soluţii pentru problema lor în direcţii greşite, datorită faptului că experienţele lor le prescriu eronat *unde* şi *cum* să caute. Mulţi dintre ei se aşteaptă, intrând în terapie, să fie invitaţi să acţioneze în noi contexte, pe baza valorilor rigide, a informaţiilor depăşite sau aplicând lehnicile care în trecut s-au dovedit a fi ineficiente. Contrar acestor expectanţe, ei sunt ghidaţi înspre direcţii noi, oferindu-li-se instrumente mai eficiente de adaptare şi fiind încurajaţi să caute şansele schimbării în alte locuri şi în alte moduri decât în trecut.

Obiectivul major al terapiei propuse de Higgins este de a ajuta clienţii să se folosească mai eficient de cunoştinţele şi de abilităţile pe care le posedă. Acestora li se adaugă şi un număr de puncte de vedere şi alternative, pe care le vor putea personaliza şi adăuga resurselor avute în posesie.

Intervenţia vizează diminuarea în cel mai scurt timp cu putinţă a sentimentelor de anxietate, la un nivel tolerabil. Pe termen mai lung, terapia îşi fixează ca scop promovarea unor modificări gradate, directe, astfel încât clientul să poată renunţa treptat, in condiţiile păstrării sentimentelor controlului şi siguranţei, la valorile şi tehnicile ineficiente, dar devenite familiare.

Având în vedere obiectivele mai sus menţionate, încă din primele secvenţe ale intervenţiei terapeutului, se caută dobândirea controlului asupra unui aspect ai anxietăţii, având în vedere constatarea că persoanele pot înfrunta mai eficient situaţiile ameninţătoare sau dureroase atunci când simt că pot exercita asupra acestora un anumit control, decât atunci când se percep ca victime neajutorate, pasive ale acestora. Autorul apreciază că acest deziderat poate fi îndeplinit în condiţiile focalizării din start asupra componentei cognitive a anxietăţii, -urmând ca celelalte aspecte ale problemei să fie abordate în cadrul unor şedinţe ulterioare.

Intervenţia propusă, care vizează transmiterea unui mesaj dătător de curaj, cuprinde trei părţi:

/. *Culegerea de informaţii şi planificarea -* are ca obiectiv identificarea percepţiilor clientului. Terapeutul îşi propune să afle ce anume consideră persoana că ar fi valabil în legătură cu ea însăşi şi cu lumea în care trăieşte şi ce ar dori să schimbe în legătură cu acestea. Se culeg, în egala măsură, informaţii în legătură cu încercările de până acum de a face schimbări şi cu eşecurile înregistrate, precum şi cu cantitatea de energie pe care clientul este dispus să o investească în rezolvarea problemei sale. Sunt investigate, de asemenea, convingerile clientului legate de distribuţia slăbiciunilor, respectiv punctelor forte pe care le posedă, pentru a putea aprecia în ce

măsură eşecurile şi succesele înregistrate până acum s-au transformat în sentimente de vulnerabilitate, respectiv încredere în sine.

Tot în cadrul acestei secvenţe, trebuie să investigăm şi modul în care convingerile, valorile şi ritualurile clientului pot interfera cu acel curs al evenimentelor, care este propus de intervenţia terapeutică. în primul rând, este vorba aici de faptul că ceea ce

pentru unii apare ca o alternativă incitantă, poate fi catalogata de către alţii ca o risipi de energie lipsită de orice sens. Este recomandabil deci ca obiectivele fixate în terapie si fie compatibile cu viziunea persoanei asupra lucrurilor care merită mobilizarea eforturilor. Higgins atrage de fapt, în acest context, atenţia asupra aspectului pe care O'Connor *şi* Seymour (1990) îl definesc ca „dimensiune" a scopurilor terapiei. în al doilea rând. trebuie să ţinem seama şi de acele strategii la care clientul a recurs până acum, în vederea unei eliberări imediate de tensiunea anxioasă şi care pot include consumul de alcool. angajarea în activităţi sexuale promiscue, medicaţia anxiolitică etc. Este important să-i arătăm clientului că nici psihoterapia, în general, şi nici hipnoterapia, în mod particular. nu pot asigura o intervenţie al cărei efect să fie la fel de instantaneu, dar că ele pot oferi în timp oportunităţi pentru dezvoltarea unor abilităţi cu ajutorul cărora anxietatea să poată fi controlată la fel de satisfăcător şi fără a implica costuri calculate în termeni: „cercurilor vicioase secundare" (alcoolism, toxicomanie, promiscuitate etc.) descrise c- Hallam (1992).

2. Prima inteivenţie hipnotică - îşi găseşte locul, de regulă, chiar în cadrul prime: şedinţe terapeutice, ea urmând discuţiei orientate înspre *culegerea* date/or relevante. Obiectivul major vizat de această intervenţie *este* de a-i furniza clientului şansa de a trai relaxarea şi de a-şi descoperi capacitatea de a-şi controla - chiar dacă preţ de 20-30 de minute - starea emoţională. Prin aceasta, ne putem aştepta ca persoana sa dezvolte capacităţi pozitive faţă de experimentarea transei. Obiectivele secundare ale acestei intervenţii hipnotice ar fi, după Higgins (1990), următoarele: (1) implementarea ideii că pot exista alternative de care clientul s-ar putea să nu fie deocamdată conştient, dar pe care le-ar putea descoperi fără a fi măcar nevoit să mobilizeze eforturi deosebite, într-un moment neaşteptat în viitorul apropiat; (2) dezvoltarea convingerii că acele resurse interioare, de care este nevoie pentru soluţionarea problemei, vor fi descoperite, chiar dacă deocamdată ele au fost uitate sau trecute cu vederea; (3) transmiterea sugestiei că dobândirea controlului, chiar asupra celui mai mărunt şi lipsit de semnificaţie segment al vieţii, reprezintă un foarte bun indicator al faptului că întâmplările pot fi influenţate în direcţia dorită (autorul descoperă chiar în dobândirea acestei convingeri acea bază pe care vor putea fi dezvoltate noile abilităţi şi desprinderi cu valoare adaptivă); (4) sugerarea ideii că de vreme ce echilibrul şi ritmul pot fi puse în evidenţă, în oricare segment al vieţii şi al naturii, clientul are la rândul lui posibilitatea ca, acordându-şi răgazul necesar, să descopere acelaşi echilibru şi ritm în propria existenţă; (5) a reinterpreta anxietatea ca pe o energic creatoare, esenţială supravieţuirii. Reinterpretarea (recadrarea) anxietăţii poale îmbrăca următoarea formă:

> *„Şi asemeni oricărei alteforme de energie... anxietatea poate dăuna în doze prea mari... pentru a puteafi utilizata cât mai eficient, ea trebuie dozată cufoarte multă grijă... nu poţifi anxios fără a fi o persoană cu foarte multă fantezie şi creativitate...*

persoanele lipsite de imaginaţie trăiesc arareori sentimentul anxietăţi;... si nu-i aşa, că poatefi atât de plăcut să ştii că ai atât de multă energie creatoare la dispoziţia ta... mai ales dacă ştii că poţi alege acel nivel al anxietăţii, care săfie tocmai potrivii peniru tine, acum,... şi că poţi pune restul la păstrare, într-un loc sigur, in imaginaţia ta... şi poţi constitui astfel o rezervă peniru mai târziu... pentru situaţiile în care ai putea avea nevoie de ceva mai multă anxietate... şi vei învăţa foarte curând de câtă anume ai nevoie exact... pentru a te putea folosi de ea la modul cel mai eficient. în diverse situaţii... şi mă întreb şi eu. cât de multă anxietate poate fi de ajuns pentru tine şi de la

ce nivel începe anxietatea sâfîe excesivă... şi sunt curios/curioasă să ştiu cât timp va trebui să
te simţi anxios/anxioasă înaintea câte unui eveniment, pentru a putea controla deznodământul... ".

Intervenţia hipnotică durează 20-30 de minute şi este recomandabil să ile înregistrată pe o casetă audio, pentru a-i permite clientului sâ o audieze zilnic de cel puţin două ori.
In acest sens, se recomandă să găsească un loc/o încăpere liniştită, care să-i permită familiarizarea netulburată cu transa hipnotică. Se atrage, de asemenea, atenţia clientului să nu se aştepte la rezultate spectaculoase sau la o vindecare „miraculoasă" imediată.
O mică schimbare neaşteptată sau una, două descoperiri personale reprezintă deja câştiguri suplimentare semnificative.

în cazurile în care clientul se prezintă la această primă şedinţă terapeutică într-o stare mult prea agitată pentru a se putea concentra, este recomandabil să renunţăm la încercarea Je a induce transa hipnotică. Hipnoza este contraindicată atunci când este evident că persoana nu este capabilă să intre în transă, întrucât o încercare nereuşită de a induce transa ar putea exacerba sentimentele de neputinţă şi neadecvare trăite oricum de clientul confruntat cu anxietatea ce-i scapă de sub control. în aceste situaţii terapeutice, alternativa constă în a prezenta mesajul în cadrul unei conversaţii purtate pe un ton cât se poate de calm şi liniştitor.

Prima şedinţă se încheie cu promisiunea că, în cadTul celei de a doua întâlniri, clientul va avea ocazia să afle mai multe despre motivele pentru care unele persoane sunt confruntate cu sentimentul anxietăţii, chiar fără motive aparente, precum şi despTe modalităţile în care acest lucru se realizează.

3. Explicaţiile şi modificarea percepţiilor.

Prima secţiune a celei de a doua şedinţe este rezervată explicării terapiei anxietăţii ca funcţie a percepţiei, bazată în principal pe tezele lui Beck şi Emery (1999). Terapeutul caută să sprijine clientul în eforturile depuse pentru a aplica această teorie problemei cu care el însuşi se confruntă:

„Astfel ajung mulţi sâ devină anxioşi... dacă acest model ar fi valabil şi în cazul tău, care
crezi că ar fi motivele pentru care te simţi atixios ? ".

Higgins propune recursul la materiale care ilustrează vizual o percepţie generatoare de anxietate, una asociată de sentimentul confortului şi, în sfârşit, una care ar putea fi considerată ideală. Pe parcursul acestei discuţii, clientul este invitat să descrie modul în care el însuşi îşi reprezintă diferitele evenimente. Sunt analizate acele vizualizări care sunt trăite ca agreabile, cele care generează nelinişte şi anxietate, respectiv cele care sunt angrenate în producerea stărilor amintite. Obiectivul vizat de această intervenţie este conştientizarea de către client a faptului că emoţiile - fie ele pozitive sau, dimpotrivă, anxioase ori triste - sunt precedate de regulă de

reprezentarea mentală a unor imagini, proces care se desfăşoară însă, de multe ori, atât de rapid, încât trece nesesizat de către individ. Aceste imagini, la rândul lor, stimulează cogniţii verbale, cele nedorite mobilizând de regulă scheme cognitive generatoare de anxietate crescută. Pe de altă parte, în acord cu Beck (1999), ne putem aştepta ca identificarea proceselor cognitive implicate în exacerbarea anxietăţii să contribuie la dobândirea sentimentului de control asupra stării în cauză.

Următoarea secvenţă constă în facilitatea unor experienţe legate de schimbare, prin evocarea unor imagini din partea cărora ne putem aştepta să inducă patternuri cognitive,

respectiv comportamentale mai adaptate. în acest scop, clientuj este invitat sâ-şi reprezint; o situaţie în care se simte suficient de confortabil şi al cărei potenţial anxiogen este redu. sau chiar nul. Vizualizarea este însoţită de o serie de întrebări: *„Cum te percepi această situaţie ?* "; *„ Unde crezi, că ar trebui să te afli ? „ Ce crezi că ar trebui s-~ faci în această situaţie ? "; „ Cât de mult contează pentru tine în această situaţie ce cre- (gândesc) alţii ? "; „ Cât de important este pentru tine ceea ce se întâmplă (Ce consecinţa are pentru line ceea ce faci) ? "; „ Ce crezi că s-ar întâmpla dacă ai greşi (eşua) ? ".*

„ Ce s-a întâmplat în alte ocazii, când ai fost angrenat în situaţii similare ? "; „ Care u aştepţi să fie deznodământul acestui eveniment pe care ţi l-ai reprezentat în cadru. acestei vizualizări generatoare de confort şi de sentiment de bine ? " Ultimele întrebâr: vizează descoperirea acelor clemente ale reprezentării vizuale care sunt esenţiale dir. punct de vedere al determinării calităţii evenimentului evocat: „ Care crezi că sunt acele elemente percepute de tine, care sunt cele mai importante în aprecierea evenimentului ce fiind unul plăcut ? "; „ Ce crezi că ar trebui să se schimbe în cele percepute de tine pentru ca situaţia să devină neliniştitoare ? ".

După identificarea acelui clement sau a acelor elemente care determină caracterul liniştitor ori, dimpotrivă, anxietant al vizualizării clientului, urmează intervenţia hipnotică, propunându-şi însuşirea de către persoană a unei tehnici, în acelaşi timp simplă şi eficientă, pentru controlul stărilor anxioase. Aceasta constă în utilizarea „anxio- meirului", adică a unui indicator al nivelului anxietăţii, ale cărei valori pot varia de la 1 la 10, 1 reprezentând starea de relaxare şi confort desăvârşite, iar 10 teama care îmbracă intensitatea panicii. Clientul, aflat în transă hipnotică, îşi reprezintă evenimentul, plasând în colţul din dreapta sus cadranul anxiomeirului, astfel încât acul indicatorului să *se* oprească în dreptul valorii ce corespunde stării de linişte evocată de vizualizare. Intervenţia continuă în felul următor:

> *„ Vei putea găsi acum acel nivel al anxietăţii, pe care să-l apreciezi ca fiind tolerabil. controlabil, potrivit ţie... probabil undeva pe la mijlocul scalei... dar bineînţeles această valoare trebuie să o determini de unul singur/de una singură... concentrează-te deci asupra a ceea ce simţi... asupra acestei anxietăţi, pe care ştii că o poţi controla... şi potriveşte acul indicatorului pentru a corespunde acestui sentiment... Ce valoare indică acum anxiometrul ?... (Aşteptăm răspunsul clientului). E bine. Acum ştim cât arată indicatorul atunci când simţi tocmai atâta anxietate, câtă poţi controla fără probleme deosebite... câtă poţi tolera fără dificultăţi... să revenim deci la situaţia in care totul este în regulă, pentru a vedea ce valoare indică anxiometrul... concentrează-te acum la acel element, pe care l-am identificat împreună, cafiind cel mai important în determinarea caracterului liniştitor a! evenimentului pe care l-ai evocat... ce indică anxiometrul acum, când le concentrezi asupra acestui element ? ".*

Acest antrenament este continuat până când clientul învaţă să controleze în imaginaţie funcţionarea anxiomeirului, prin modificarea elementului relevant al percepţiei evenimentului evocat. După ce persoana a

învăţat să ajusteze cu uşurinţă anxiometrul după natura evenimentelor evocate, intervenţia poate continua în felul următor:

.Imaginează-ţi acum o situaţie, în care te-ai simţit uşor anxios/anxioasă... şi reprezintă-ţi în colţul din dreapta sus cadranul anxiomeirului... aşa, acum potriveşte acul indicatorului astfel încât valoarea arătată de aceasta să corespundă nivelului anxietăţii pe care o simţi... reflne ce valoare indică anxiometrul atunci când anxietatea pe care o simţi este de imensitate potrivită... iar acum, revino în imaginaţie la scena care te face să te simţi liniştit(ă)... şi ajustează acul indicator al anxiomeirului... astfel încât să fie în dreptul unei valori care

corespunde stării de liniate pe care o simţi... ţi concentrează-fi acum atenţia asupra acestei emoţii, asupra sentimentului de liniţte... sesizează cât de bine te simţi atunci când anxiometrul indică absenţa anxietăţii... şi poţi observa, astfel, că felul în care te simţi este strâns legat de ceea ce arată acul indicator al anxiometrului... da, cele două se leagă: anxiometrul arată ceea ce simţi... si simţi ceea ce arată anxiometrul... iar acum, poţi să te convingi cum poţi influenţa ceea ce simţi, folosindu-te de anxiometru... deplasează deci acul indicator al anxiometrului... astfel încât valoarea indicată să crească încet... treptat... până la nivelul anxietăţii tolerabile... si dincolo de această valoare... până la o valoare care indică o nelinişte mult crescută, dincolo de valoarea de prag a anxietăţii pe care o poţi tolera fără probleme... şi concentrează-te acum asupra sentimentului pe care îl simţi acum, când priveşti scena plăcută pe care ţi-ai imaginat-o şi anxiometrul indică o valoare ce corespunde anxietăţii crescute dincolo de limita tolerabilă... şi poţi să te convingi că schimbarea anxiometrului modifică starea emoţfonală pe care o trăieşti... şi asta este o descoperire deosebit de importantă, pentru că poţi şti astfel, că exact aşa cum făcând ca anxiometrul să indice mai multă anxietate, ai putut simţi cum creşte anxietatea pe care o simţi, poţi proceda şi invers... deplasează deci, acum, acul indicatorului în sens invers, astfel încât să revină treptat în zona anxietăţfi tolerabile... iar mai apoi, la valorile care corespund stării de linişte plăcută... încet, fără grabă, pentru a permite emoţiilor să se modifice şi ele o dată cu deplasarea acului indicator... şi când acul indicator a revenit la valorile care corespund stării de bine... cănds-a stabilizat din nou în. aceasta zonă... îndreaptă-ţi din nou atenţfa înspre ceea ce simţi... pentru a simţi cât de bine te simţi atunci când anxiometrul indică lipsa anxietăţii şi când te simţi bine... aşa deci le-ai putut convinge cum poţi influenţa nivelul anxietăţfi prin nivelul anxiometrului... iar acum te vei putea convinge că poţi proceda la fel şi atunci când îţi imaginezi o scenă sau un eveniment care te anxietează uşor... imaginează-ţi aşadar această scenă... şi vezi anxiometrul plasat în coiful din dreapta sus... şi citeşte valoarea indicată de cadran... corespunzătoare anxietăţii tolerabile...".

Demersul este continuat până când clientul reuşeşte să-şi controleze şi în cazul reprezentării uşor anxietante, starea emoţională, cu ajutorul modificării valorii indicate pe cadranul anxiometrului. După ce persoana şi-a descoperit astfel capacitatea de a-şi reduce anxietatea la un nivel tolerabil, putem trece la utilizarea acestei resurse în cazul imaginării situaţiei (sau situaţiilor) generatoare de niveluri insuportabile (sau foarte greu suportabile) ale anxietăţii. Aceste scene, respectiv evenimente, sunt vizualizate mai întâi în condiţiile trăirii depline a sentimentelor de nelinişte şi anxietate, pentru ca într-o secvenţă ulterioară acul indicator al anxiometrului să fie deplasat în dreptul acelor valori de pe cadran, care corespund unor intensităţi tolerabile în condiţii de confort psihic rezonabil, ale anxietăţii.

Este important de subliniat că, deşi intervenţia este prezentată de către autorul ei ca desfăşurându-se în cadrul a două şedinţe terapeutice, practica clinică ne arată că uneori poate fi nevoie de 4-5 sau chiar mai multe întrevederi cu clientul, pentru a putea realiza obiectivele terapeutice vizate. Hotărâtor în acest sens este ritmul individual al fiecărui client în parte, mai exact timpul de care are nevoie pentru a dobândi dexteritatea necesară utilizării eficiente a anxiometrului. Doar după atingerea acestui nivel al competenţei este recomandabil să încurajam clientul să recurgă la tehnica controlului prin anxiometru în confruntările directe cu situaţiile şi evenimentele anxiogene.

Această intervenţie prezintă totodată avantajul că permite şi influenţarea anxietăţii legată de trăirea anxietăţii (fobofobia, definită de Hallam ca „cerc vicios primar" implicat în menţinerea anxietăţii). Dobândirea capacităţii de a diminua anxietatea sub valoarea critică a pragului suportabilităţii are darul de a reduce semnificativ şi neliniştea cu care

persoana anticipează episoadele anxioase şi de a permite renunţarea la eforturile depui: în vederea evitării situaţiilor anxiogene.

Procedura descrisă mai sus poate fi aplicata însă, din păcate, doar în cazul acele: persoane care sunt capabile să vizualizeze cu uşurinţă scene şi evenimente şi care sur: totodată dispuse să-şi focalizeze atenţia asupra unor reprezentări vizuale relevante suficient! vreme, pentru a putea realiza obiectivele terapeutice. Având în vedere faptul că nu te: clien{ii anxioşi satisfac aceste criterii, Higgins propune, ca o alternativă, să invitär. persoanele lipsite de imaginaţie (sau nefiind dotate cu această aptitudine) să-şi descrie metaforic, folosindu-se de propriile lor cuvinte, experienţele trăite cu ocazia confruntări cu situaţii diferite. Cu ocazia fiecărei descrieri, clientul este întrebat ce valoare crede că a: indica anxiometrul, pentru a cuantifica măsura anxietăţii cu care se confruntă în situaţii cu pricina. Tehnica manipulării anxiometrului este prezentată clientului ca o modalitate de control al anxietăţii de intensitate nedorită, care în cazul altor persoane şi-a dovedi: eficienta, sugerându-i acestuia că poate recurge şi el cu succes la această metodă.

Marele avantaj al abordării propuse de Higgins (1998) constă în faptul că ea permite. încă din prima fază a terapiei, dobândirea de către client a sentimentului controlului asupra simplomelor cu care se confruntă, acest câştig^Având importante implicaţii asupra stimei de sine, ea contribuind în esenţă la întărirea eului. Modificările descrise îi permit. la rândul lor, să dobândească o capacitate superioară pentru abordarea aspectelor psihodinamice ale anxietăţii cu care se confruntă. Acestea, Ia rândul lor, implică teme cum ar fi implicarea încrederii în sine generale în determinarea anxietăţii; modul în care o schimbare intervenită în context (de exemplu trecerea de Ia o situaţie privată la una socială) poate influenta evaluarea propriei persoane; cum gândurile automatizate, bazate pe valori şi experienţe perfecţioniste pot contribui la dezvoltarea unor vulnerabilităţi fizice sau psihologice; cum cogniţiile (exprimate sub formă verbală sau ca imagini vizuale) se pot centra adesea în jurul unor teme ce implică catastrofe personale ori psihologice; sau cum concepţia clientului asupra „performantelor neadecvate" în situaţii variate îl lasă pe acesta vulnerabil fată de evaluările critice, respectiv atitudinile de respingere.

Continuarea terapiei este descrisă de către autor în termeni de confruntare blândă şi înlocuire a percepţiilor disfuncţionale ale clientului asupra lui însuşi, respectiv ale resurselor pe care le poate mobiliza în confruntarea cu cele mai diverse situaţii solicitante. Se apreciază ca importantă şi dobândirea unei înţelegeri a modului în care clientul este perceput şi evaluat de către al(ii, respectiv redimeiisionarca importanţei care se atribuie aprecierii persoanei de către ceilalţi. Se insistă, în sfârşit, asupra învăţării unei evaluări mai realiste a consecinţelor.

în încheiere, considerăm utilă extrapolarea principiilor identificate de Scott şi Stradling (1992) pentru terapia tulburării de stres posttraumatic şi prezentarea lor cu titlu de ghid utilizabil în tratamentul clienţilor care

suferă de oricare dintre formele anxietăţii:

- Terapeutul trebuie sâ accentueze faptul câ evitarea confruntării cu situaţia traumatică (sau anxiogenă) generează pe termen lung mai mult disconfort, decât eforturile depuse în vederea soluţionării problemei. De fapt, în terapie este vorba de asumarea neplăcerilor de moment de dragul promisiunii avantajelor pe termen lung.
- Clientul poate avea sentimentul că, prin faptul că trebuie să vorbească despre traumele suferite sau despre anxietăfile sale, este forţat să-şi asume din nou rolul de victimă. în aceste condiţii, este recomandabil ca terapeutul să accepte în mod explicit această interpretare, fiind nevoit în caz contrar să se confrunte cu rezistenta deschisă a pacientului.

- Trezirea speranţei are o semnificaţie decisivă din punctul de vedere al implicării clientului în procesul terapeutic.
- Putem pregăti clientul pentru recăderile inevitabile care apar pe parcursul terapiei, prezentând de la bun început programul terapeutic ca pe o intervenţie care funcţionează pe baza principiului „doi paşi înainte, unul înapoi" şi în cadru! căruia recăderile sunt evaluate ca experienţe de învăţare cu valenţe terapeutice.
- Este de aşteptat ca terapeutul să dea dovadă de flexibilitatea necesară pentru a putea recurge la strategii variate, impuse de obiectivul înlăturării diferitelor siinptome ale anxietăţii, precum şi pentru a se dovedi capabil de examinarea semnificaţiei trăirilor traumatice şi ale anxietăţii.
- Exerciţiile care vizează desensibilizarea pot fi introduse, doar după ce, în prealabil, s-a reuşit clădirea unei relaţii terapeutice satisfăcătoare şi după ce recursul la tehnicile de liniştire şi de distragere a atenţiei s-au dovedit a fi ineficiente. Utilizarea casetei audio este indicată doar în condiţiile unui context în care există spijin adecvat.
- Tratamentul medicamentos (recursul la anxiolitice) se poate dovedi a fi un aliat al psihoterapiei, în condiţiile în care terapeutul încurajează complianţa cu tratamentul prescris.

2. Hipnoterapia persoanelor depresive

Consemnată de mai bine de 2500 de ani, depresia continuă să fie una dintre cele mai răspândite probleme cu care se confruntă omenirea. Dacă în formele ei cele mai grave afectează „doar" 5-8% din populaţie, după cum a demonstrat cel mai cuprinzător studiu recent dedicat problemelor psihopatologice *(National Comorbidity Study,* efectuat la începutul anilor 1990 în S.U.A.), incidenţa depresiilor moderate, dar totuşi clinic semnificative, ar fi de cel puţin 17%. Mai mult chiar, dacă se au în vedere stările depresive subclinice, a căror implicare în dezvoltarea formelor grave este din ce în ce mai recunoscută, putem constata că nu mai puţin de o treime din populaţie se confruntă pe parcursul vieţii cu cel putui un astfel de episod (Akiskal, 2000).

Multă vreme, hipnoza a fost considerată o intervenţie nu doar ineficientă, ci chiar contraindicată în tratamentul persoanelor afectate de depresie. Schimbarea de optică, sesizabilă în abordarea psihoterapeutică a depresiei din ultimii ani, arc la bază câteva premise importante. Prima dintre ele este reprezentată de recunoaşterea rolului jucat de schemele cognitive negative şi de atitudinile disfuncţionale negative în depresie, recunoaştere datorată mai ales lucrărilor lui Beck şi colaboratorilor săi. In al doilea rând, putem aminti descoperirea contribuţiei mecanismelor hipnotice şi autohipnotice la asimilarea şi activarea acestor convingeri şi, implicit, a ideii că hipnoza ar putea fi utilizată pentru a contracara şi a anula efectele acestei autohipnoze negative (Yapko, 1989; 1990; 1992; Alladin, 1994). Semnificativă este în acest sens deschiderea manifestată de

reprezentanţii terapiilor cognitiv-comportamentale (Dowd, 1997; Ellis, 2001) faţă de includerea intervenţiilor hipnotice în arsenalul propriu de tehnici, ceea ce a echivalat cu asocierea hipnozei cu o abordare a depresiei, care îşi câştigase deja o largă recunoaştere în rândurile specialiştilor angajaţi în tratamentul depresiei.

în ceea ce priveşte receptivitatea persoanelor depresive faţă de hipnoză, aceasta este apreciată de către Spiegel *et al.* (2000) ca situându-se în zona hipnotizabilităţii medii, principalul mecanism prin care aceşti clienţi ar putea fi abordaţi fiind reprezentat de

absorbţie, receptivitatea lor faţă de sugestie şi potenţialul disociativ fiind considerate mai mici. Din acest punct de vedere, autorii citaţi par a se situa oarecum în opoziţie cu teza formulată de Alladin (1994), conform căreia disocierea ar reprezenta unul dintre principalele mecanisme care contribuie la dezvoltarea depresiei. Probabil Ia originea contradicţiei se află faptul că cei dintâi autori se referă la „depresia majoră'', care conform terminologiei impuse de ultimele ediţii ale DSM (IV, respectiv IV-TR) ar corespunde mai degrabă mai vechii categorii a depresiilor endogene, în timp ce Alladin are în vedere depresia psihogenă.

\âpko (2001b) constată că hipnoza se poate dovedi a fi un instrument util pentru reducerea unor simptome comune ale depresiei majore, cum ar fi agitaţia şi ruminaţia. contribuind prin aceasta la diminuarea neajutorării şi deznădejdii. Mai mult, hipnoza şi-a demonstrat eficienţa şi în facilitarea procesului de însuşire a unor abilităţi considerate relevante de către, practic, toate formele de tratament pentru depresia majoră, care au putui fi validate empiric. Una dintre aceste abilităţi vizează identificarea şi tolerarea ambiguităţii şi implicit reducerea tendinţei de a elabora interpretări şi judecăţi subiective (pozitive sau negative), în absenţa unor date obiective, doar de dragul de a reduce incertitudinea, predispoziţie apreciată de Yapko (2001a) ca jtrcând un rol important în depresie.

Gravitz (2001) demonstrează utilitatea hipnozei în terapia reacţiei la doliu, tratând o femeie de 54 ani, chinuită de imagini dureroase recurente, ce o înfăţişau pe mama ei pe parul de spital, la scurt timp înainte de deces, chinuindu-se să respire. în cadrul unei singure intervenţii hipnotice, s-a reuşit reconstruirea unor amintiri în care mama clientei apare sănătoasă, ca în „vremurile fericite". La un control efectuat patru luni tnai târziu, s-a putut constata nu doar păstrarea, dar chiar intensificarea imaginilor restructurate terapeutic. Autorul apreciază, în concluzie, că restructurarea hipnotică a amintirilor poate fi utilizată ca o tehnică eficientă în tratamentul reacţiilor neobişnuit de intense la doliu. Elkins (2000) consideră, de asemenea, că psihoterapia orientată hipnotic poate reprezenta un adjuvant terapeutic puternic pentru tratamentul doliului şi facilitarea prelucrării pierderii cauzate de deces.

Intervenţii terapeutice pentru tratarea persoanelor depresive

Intervenţia care vizează *întărirea eului,* dobândeşte în cazul tratamentului clienţilor depresivi o importanţă „vitală", datorită faptului că tulburarea dispoziţiei se asociază aproape organic cu stima de sine scăzută, respectiv cu sentimentele de neajutorare şi deznădejde. Nu este întâmplătoare în acest sens frecvenţa relativ crescută a recursului persoanelor afectate de formele severe ale depresiei la suicid, ca la o ultimă şi disperată tentativă de a pune capăt suferinţelor, întâlnită la cea 15% dintre aceşti clienţi (Akiskal, 2001), dacă avem în vedere observaţia lui Beck şi Steer (1988), după care deznădejdea constituie principala cauză a sinuciderilor. Astfel, considerăm pe deplin justificate eforturile depuse de psihoterapeutul angajat în tratamentul persoanei depresive, în vederea întăririi stimei de sine a

clientului.

O astfel de intervenţie este cea propusă de Havens şi Walters (1989), purtând titlul *„Testul de auz",* în fapt o foarte frumoasă metaforă care vizează cu precădere întărirea stimei de sine a clientului.

„Şi ce crezi despre Beethoven, care pe măsură ce îmbătrânea, devenea din ce în ce mai surd, dar continua să scrie, compunând o muzică minunata, pe care însă el nu o putea auzi ?

Totul a durat până într-o seară, când dirija o orchestră care cânta o simfonie, chiar ultima dintre cele pe care le-a compus. Şi când concertul s-a terminat, toată sala a erupt în aplauze. Publicul îl aclama, dar el nu putea să-l audă. A rămas cu faţa la orchestră, neştiind ce se întâmpla în spatele lui, până când cineva s-a dus spre el şi l-a întors să vadă ceea ce nu putea auzi.

Numai atunci a aflat ceea ce toată lumea ar trebui să ştie, dar uneori nu poate auzi, aşa cum nu putea auzi nici acea femeie de care am auzit, o brunetă cu ochi negri, bine făcută. exceplionulă pe plan profesional, dar care se ura şi ura viaţa pe care o trăia. Credea că este urâtă şi respingătoare, şi credea că aceasta era cauza pentru care i se întâmplau atâtea lucruri rele.

Dar într-o amiază, când era la masă cu un prieten, un artist pe care-l cunoştea de o vreme şi i-a spus acestuia, cu o undă de regret în voce, că sunt atâtea femei frumoase şi că toate par să fie pe acea stradă în acea zi, acesta i-a răspuns pur şi simplu : «Cred că tu eşti cea mai frumoasă femeie pe care am văzut-o vreodată» şi a continuat să mănânce ca şi cum nu s-ar fi întâmplat nimic.

Şi acea simplă observaţie, acea simplă exprimare a unei păreri, care în mod evident nu era o flatare, nu putea fi retrasă şi nu putea dispărea. Prietenul ei era un artist care ştia ce înseamnă frumuseţea, aşa că ea n-ar fi putut ignora sau uita părerea lui. Deci, în loc să procedeze astfel, a început să se privească zilnic în oglindă şi a început să-i privească şi pe ceilalţi, să fie atentă la felul cum arătau, cu cine erau, şi pentru început i-a fost greu şi chiar puţin înfricoşător, să admită căi de mult a greşit ea, cât de mult a greşii mama ei. şi în cât de multe feluri, în ceea ce o priveşte.

Dar după un timp a acceptat ideea că nu era urâtă, că nu era proastă şi că nu era rea, recunoscând în cele din urmă, că era chiar atrăgătoare, plăcută şi drăguţă şi că nu trebuia să ceară, nici de la ceilalţi, nici de la viaţă, mai puţin decât merita.

După cum şi-a schimbat modul de a gândi, astfel s-a simţit schimbată şi ea. Viaţa ei s-a schimbat toată, datorită unui simplu comentariu şi a privirii pe care a îndreptat-o asupra ei înseşi. Viaţa ei s-a schimbai datorită admiterii unui fapt, pe care n-ufost în stare să-l accepte înainte, că adevărul e frumuseţe şi frumuseţea e adevăr şi că adevărul despre cineva, despre frumuseţea cuiva, se găseşte în privirea respectivei persoane.

Dar ceea ce auzim, nu poate fi măsurat întotdeauna cu audiometrul. Beethoven auzea astfel în mintea lui, sunetele şi muzica pe care urechile lui nu Ie mai puteau auzi, la fel cum multe animale pot auzi sunete pe care urechile omului nu le pot auzi. Şi tot ceea ce avem nevoie să auzim vreodată esf&<că nu avem nimic altceva de făcut decât să auzim frumuseţea a ceea ce este."

Hipnoterapeutul poate crea, în funcţie de nevoile clientului său, astfel de intervenţii care vizează întărirea stimei de sine a clientului, putând recurge şi fa tehnicile pe care le prezentăm în secţiunea dedicată întăririi eului, din această lucrare. Intervenţii deosebit de ulile pentru întărirea stimei de sine a clientului depresiv sunt şi *„Liniştirea copilului interior"* (Hunter, 1988), respectiv *„Epava"* (Havens şi Walters, 1989).

O alta categorie de probleme, întâlnită frecvent în cazul clienţilor depresivi este cea a asocierii tulburării dispoziţiei cu *sitnptome somatice*, în fapt manifestări de natură funcţională, în măsură chiar să „mascheze" adevărata natură (depresivă) a suferinţei persoanei. Pentru descrierea acestor forme ale distimiei a fost creat termenul de „depresie mascată" (Kielholz, 1980). Dar chiar în cazul variantelor în care simptomele emoţionale şi cognitive sunt pe primul plan, cele somatice şi vegetative pot contribui semnificativ la conturarea tabloului clinic, ele furnizând nu o dată un refugiu pentru clienţii care apreciază ca prea dureroasă confruntarea cu emoţiile negative şi îşi pot astfel focaliza atenţia asupra acestor componente ale

problemei lor.

Intervenţia pe care o prezentăm în continuare a fost elaborată de Gilligan (1989) şi vizează modificarea acelor *senzaţii somatice* ale persoanelor depresive, care sunt generatoare

de disconfort, ea putând fi utilizată insă şi în intervenţiile destinate clienţilor care acuză simptome asemănătoare în cadrul altor probleme psihice sau forme ale tulburării mentale. Metoda, alcăluită din zece secvenţe succesive, este exemplificată prin intervenţia asupra unei femei care acuza persistenţa unei senzaţii de „greutate neagră" în zona plexului solar, simptom manifestat in contextul unei depresii psihogene si care distrăgea atenţia clientei de la noile experienţe cu care se confrunta, focalizând-o asupra senzaţiei generatoare de disconfort considerabil.

1. Generarea absorbţiei expericnţiale

„Din cele relatate am înţeles că unul dintre lucrurile care te deranjează este acela că simţi o senzaţie de greutate în corp, mai ales în zona plexului solar. Şi bănuiesc că nu greşesc atunci când presupun că ai dori să poţi simţi altfel, nu-i aşa ? (Aşteptaţi răspunsul.) E bine, pentru că, după cum ştii, poţi simţi lot felul de senzaţii în corp şi singura întrebare este cum poţi face pentru a permite ca acest lucru să se întâmple, cum poţi evoca diferitele alternative, astfel încât să le trăieşti în mod real. Şi pentru a putea găsi răspunsul Ut această întrebare, te voi ruga să participi la un mic experiment, unul cât se poate de simplu şi realizabil în condiţii de deplină siguranţă. "

V.

2. Distribuirea atenţiei în 3-4 zone ale corpului

„în timp ce vei continua să auzi vocea mea, te vei putea simţi bine ştiind că inconştientul tău se poate bizui pe un corp inconştient... şi că acest corp inconştient poate comunica în felul său în atât de multe feluri... şi poate te întrebi ce vreau să spun prin aceasta... E simplu, mâinile tale (terapeutul atinge uşor mâinile clientului),.. mâinile tale pot comunica acordul sau dezacordul... ele pot comunica «Da» sau «Nu»,... mâinile tale pot comunica cu sentimentele... elepot comunica «Da» sau «Nu», elepot comunica cu sentimentele... mâinile tale pot comunica cu senzaţiile... şi nu pol să-mi dau seama cefei de senzaţie va începe să se dezvolte în mâinile acestea... în mâna dreaptă... sau în mâna stângă... senzaţia de greutate... sau poate senzaţia de uşurare... nu ştiu asta... dar ştiu că inconştientul tău îi poate permite corpului tău inconştient... să comunice sub o formă care este potrivită pentru tine... folosind pentru a comunica mâinile tale... ce simţi acum, în mâinile tale... ?

Clientul: Au devenii mai grele...

Terapeutul: Este bine... inconştientul tău poate dezvolta o senzaţie de greutate în corpul tău şi poate lucra cu senzaţia aceasta... Şi nu poţi şti... precum nu ştiu nici eu... cum se va răspândi sau intensifica această senzaţie de greutate în corpul tău... dar ştiu că nu trebuie să-ţi laşi mâinile să facă totul... pentru că ai la dispoziţie o multitudine de senzaţii diferite în corp... şi în timp ce stai aici şi mă asculţi... poţi simţi senzaţii în urechi... oricine poate avea parte de surpriza plăcută a urechilor confortabile... deci poţi sta aici... simţind acea senzaţie de greutate în mâini... şi poţi descoperi capacitatea urechilor tale de a simţi şi ele senzaţii... şi ce altceva mai simţi în mâinile tale acum... ?

Clientul: Senzaţia de greutate urcă prin braţe.

Terapeutul: Este bine... inconştientul tău poate avea într-adevăr senzaţii care se dezvoltă şi sunt dătătoare de siguranţă... Şi ce simţi în urechi... ?

Clientul: Nu-mi simt urechile...

Terapeutul: Deci deocamdată nu-ţi simţi urechile... La nivel conştient nu le simţi... Poţi lăsa însă anumite senzaţii să se estompeze... iar altele să se accentueze uşor... inconştient... Şi în timp ce corpul tău inconştient experimentează... senzaţiile care se modifică... sentimentele care se modifică... prioritătfle care se modifică... mă întreb ce-i cu capacitatea ta inconştientă... de a genera senzaţii în pleoape... Da, e bine... chiar şi atunci când clipesc... clipesc... clipesc... ne putem întreba ce senzaţii apar în pleoapele tale... în timp ce se mişcă cu repeziciune in sus şi în jos... în sus şi în jos... da, inconştientul tău poate învăţa să răspundă la anumiţi stimuli comportamentali... prin senzaţii plăcute... declanşate automat..."

Autorul insistă asupra necesităţii corelării elementelor neverbale ale comunicării cu natura senzaţiilor sugerate. Astfel, pentru a asigura congruenţa mesajului, senzaţia de uşurare, de exemplu, este comunicată pe un ton cât se poate de moale, ridicând uşor înălţimea sunetului la sfârşitul frazei.

Se continuă cu această intervenţie până când clientul reuşeşte să identifice senzaţii în cel puţin trei zone ale corpului, diferite de cea în care localizează senzaţiile somatice deranjante, devenind capabil să-şi focalizeze atenţia asupra acestor senzaţii. Acest demers permite reorientarea atenţiei dinspre o senzaţie difuză, dar cronică, în zona simptomului, asupra unui *paitern* dinamic al unor senzaţii localizate în zone diferite ale corpului, aflate în continuă „mişcare" şi - lucru foarte important - luate la cunoştinţă de către persoană fără sentimentul disconfortului. Autorul este de asemenea de părere că. reuşind acest lucru, persoana restabileşte relaţia dintre corpul său şi lumea înconjurătoare, realizare care echivalează cu o dezvoltare crucială pentru clientul care doreşte schimbarea.

3. Prezentarea răspunsului hipnotic ca o capacitate deosebită

Asemeni oricărei intervenţii hipnotice, terapeutul întăreşte orice modificare ce se produce la nivelul senzaţiilor, subliniind că prin aceste modificări se exprimă de fapt o capacitate deosebită a persoanei, care poate fi exploatată de către acesta în cele mai diverse moduri (de exemplu pentru a-şi controla sau a-şi înlătura simptomele);

„Aşa... e bine... pofi deci permite inconştientului tău... şi corpului tău inconştient să răspundă... şi nici măcar nu trebuie să înţelegi cam se întâmplă asta... sau să controlezi asta... pentru că poli la modulfoarte confortabil... să te bucuri ştiind că senzaţiile se pot dezvolta în corpul tău... în atât de multe moduri... că inconştientul tău se poate exprima... sub forma atât de multor senzaţii diferite... ".

4. Dezvoltarea temei controlului în dimensiuni multiple

Urmează elaborarea ideii varietăţii modalităţilor în care se poate exercita controlul asupra senzaţiilor nedorite. Parametrii ce pot fi avuţi în vedere sunt accesaţi prin întrebările:

- ce (amorţeală, căldură etc.)
- când (acum, în 5 minute, atunci când Inconştientul tău va fi pregătit)
- cum (încet, rapid, surprinzător, confortabil)
- unde (în braţ, în cap, în stomac etc.)
- cu cine (de unul singur, cu terapeutul, împreună cu soţia).

Exemplu:

„Şi în timp ce vei continua să îţi experimentezi capacitatea de a simţi senzaţii într-o varietate de locuri... cât este de plăcut să ştii că poţi face asta în foarte multe feluri... de acemplu corpul tău inconştient poate dezvolta senzaţii de greutate sau amorţeală... o amorţeală cât se poate de reală... sau senzaţia de uşurare... de uşurare reală care îţi poate chiar ridica braţul... sunt atât de multe alternative... unele dintre ele fiind probabil inacceptabile pentru tine şi provocând o reacţie de refuz... un NU categoric... în timp ce altele îţi potfi pe plac... şi le poţi răspunde prin DA... pentru că la fiecare dintre aceste alternative poţi răspunde astfel... încât răspunsul săfie în acord deplin cu nevoile tale... cu sentimentul tău de sine... pe care l-ai putut exprima de atât de multe ori de a lungul timpului... căci inconştientul tău poate într-adevăr lucra peste timp... dezvoltând aceste senzaţii acum... poate într-o măsură mai mare... poate puţin mai târziu... o mică transă puţin mai târziu... în acele zone ale corpului

în care doreşti... în care ai nevoie să dezvolţi nişte senzaţii noi-- în acele momente... în acele- locuri... cu acele persoane... in acele zone care corespund în cea mai mare măsură dezvoltări! tale ca fiinţă (persoană) umană...".

5. Reccpţionarea şi ratificarea/eedback-urilor în cadrul hipnotic

In cadrul explorării hipnotice, terapeutul observă în mod continuu clientul şi ocazionai îi adresează întrebări cu privire la cele trăite pe parcursul intervenţiei. Fiecare răspuns este interpretat ca o reacţie inconştientă legitimă şi este încurajat să se dezvolte.

In cazul în care clientul poate comunica verbal, rămânând confortabil în transă, acest lucru se poate face în mod direct, aşa cum se întâmplă în exemplul care urmează:

Terapeut: Ce simţi acum ?
Client: Mâinile sunt/oarte grele.
Terapeut: Inconştientul tău continuă deci să dezvolte această senzaţie de greutate in mâini, totul în mâini (sugestie pentru eliberarea de greutate în plex). Asta este foarte bine, Inconştientul tău are capacitatea de a dezvolta această senzaţie de greutate în mâini... şi cine ştie cum... şi unde... şi când... această senzaţie confortabilă de greutate... această senzaţie de greutate dătătoare de siguranţă va continua să se dezvolte... poate greutatea va urca de-a lungul braţului... poate se va difuza încet prin cap... nu pot şti asta... ştiu însă, că Inconştientul tău poate lăsa această senzaţie să se dezvolte treptat... de o manieră care pentru tine ca persoană are un sens...

Dacă discuţia întrerupe transa, se poate recurge la „hipnoza fracţionată", care implică o serie de transe scurte: 5-10 minute de transă, urmate de 5-10 minute de discuţii etc.

O altă posibilitate avută la îndemână este constituită de recursul la semnalizarea ideomotorie, caz în care clientul furnizează răspunsuri de tip „Da", „Nu", „Nu ştiu" sau „Nu sunt sigur(ă)" prin ridicarea uşoară a unor degete alese în prealabil, care corespund acestor răspunsuri, la răspunsuri ţintite ale terapeutului.

6. Elaborarea răspunsului hipnotic: povestirile

Pe parcursul transei, atenţia clientului se îngustează treptat dinspre multitudinea alternativelor, asupra a 1-2 răspunsuri care dobândesc semnificaţie. Aceste răspunsuri pot fi înzestrate cu valenţe de resurse relevante pentru obiectivele terapeutice, cum se întâmplă cu îngreunarca mâinilor la clienta cu greutatea supărătoare din plex.

„Şi in timp ce în mâinile tale continuă să se dezvolte acea senzaţie deosebită de greutate, cât este de bine să ştii că inconştientul tău ştie atât de multe lucruri despre elaborarea unor noi legături... şi te poate ajuta să înveţi în atât de midie feluri.. aşa s-a întâmplat şi cu Mary şi Joe care urmau să aibă un copil... care au venit la mine să-i ajut... şi se puteau vedea deja modificările care avuseră loc în corpul ei... şi fără îndoială, îşi modificase şi ea imaginea despre corpul ei... Mary şi Joe doreau să recurgă la hipnoză pentru a putea avea acel copil... vroiau hipnoză pentru a se simţi bine... şi pentru a păstra acest sentiment de bine şi de confort... pentru a permite acelei vieţi din pântecul ei să se dezvolte şi pentru a se naşte la momentul potrivit... şi atunci eu le-am spus: «E bine, veţi putea învăţa cum inconştientul
vostru vă poate ajuta în atât de multe feluri_____iar Mary era îngrijorată mai ales în privinţa
suportării durerii din timpul naşterii... şi am întrebat-o atunci unde simte că ar avea nevoie să simtă sentimentul confortului şi securităţii în corpul ei... şi ea mi-a

indicai pântecul ei, iar eu i-am spus în termeni lipsiţi de echivoc, că nu trebuie să opereze nici o discriminare împotriva ei... pentru că are un corp întreg care poate învăţa o mulţime de lucruri noi... şi nu trebuie să accentueze doar o parte sau alta... şi că orice loc al disconfortului se poate asocia cu alte zone de confort... zone de confort şi relaxare... şi Mary a intrat într-o transă reconfortantă-, iar eu

r

am continuat să subliniez, că senzaţiile din pântecul ei... pot fi acompaniate si modificate de senzafiile din alte părţi ale corpului... iar ea a descoperit în transă... că poate simţi in mâini senzaţii de amorţire si furnicătură în acelaşi timp... si a învăţat cum îşi poate lăsa senzaţiile din mâini să se asocieze cu cele din abdomen... pentru a permite senzaţiilor din interior să se deplaseze spre exterior la nevoie..."

7. Proiecţia în viitor

In cadrul acestei secvenţe, se dau sugestii posthipnotice pentru a ne asigura că legăturile dintre resurse §i simptome se vor generaliza şi pentru alte situaţii. Ideea generală este aceea că, ori de câte ori în viitor va apare răspunsul simptomatic, se vor activa simultan şi noile resurse hipnotice.

„Şi este atât de bine să ştii că inconştientul tău poate aplica cele învăţate în atât de multe feluri, în atât de multe domenii, in atât de multe momente... Şi nici nu ştiu... şi la nivel conştient nici tu nu poţi şti... când anume va decide inconştientul tău să aplice aceste noi cunoştinţe în acele situaţii în care vei avea nevoie de ele... poate asta se va întâmpla chiar la noapte... când te vei simţi în deplină siguranţă... pentru a începe să activezi senzaţiile confortabile de greutate din mâini... pentru a uita pe cele din piept... sau senzaţiile de uşurare... pentru a uita pieptul tău... sau plexul tău... când vei începe să activezi acele senzaţii de greutate în vederea conectării lor la un centru al confortului... la un centru al învăţării hipnotice... la. un centru al respiraţiei profunde şi confortabile... la un centru al visării... Şi nu ştiu dacă se va întâmpla chiar în seara aceasta... dacă vei fi singur(ă) sau împreună cu altcineva... tot ce ştiu este faptul că inconştientul tău poate să îşi ia timpul necesar pentru a învăţa din acele senzaţii de greutate... într-un mod care surprinde partea ta conştientă..."

8. Reevaluarea sinelui

înainte de ieşirea din transă, se pot sugera câteva minute dedicate reevaluării sinelui, ca în exemplul de mai j o s :

„Şipe măsură ce continui să consolidezi aceste noi cunoştinţe... pe măsură ce continui să permiţi inconştientului tău... să ştie, cu fiecare, respiraţie, puţin mai adânc că poţi avea realmente încredere şlifi poţi construi viitorul în acord cu nevoile tale interioare... este. atât de bine să ştii... că îţi poţi acorda câteva momente din timpul real... şi tot timpul din lume... pentru a te simţi pur şi simplu bine... pentru a-ţi mulţumi... pentru a simţi acest sentiment de siguranţă... acest sentiment de a şti că te poţi oricând întoarce în acest loc al confortului... în acest loc al învăţării... în acest loc al aprecierii nevoilor personale şi al încrederii în resursele inconştientului tău...".

9. Reorientarea

„Şi în timp ce îţi permiţi să te reorientezi din nou către starea de veghe... pentru a reveni aici... în camera aceasta din care am pornit... acordându-ţi tot timpul din lume în următoarele câteva momente... vei putea păstra pentru mai târziu aceste resurse pe care tocmai le-ai descoperit... şi vei dori poate pentru a reveni... să numeri de la 5 la 1... pentru a-ţi permite să te reorientezi treptat... să te reorientezi treptat... să te reorientezi treptat... "

10. Sugestii posthipnotice

Se profită de faptul că, aproximativ 10 minute după terminarea transei formale, clienţii rămân de regulă într-o stare de sugestibilitale crescută şi se subliniază încă o dată ideile majore care au fost introduse în cadrul transei.

Programe complexe pentru tratamentul depresiei

Programele complexe *(treatment packages)* destinate tratamentului depresiei îşi propun rezolvarea tuturor problemelor şi a tulburărilor dispoziţiei, cu tentă distimică, cu care se confruntă persoana afectată de depresie. Autorii acestora pornesc de la o cartografiere care se vrea exhaustivă, a simpiomelor depresiei şi alcătuiesc astfel „pachetul" destinat tratamentului, încât în structura programului să fie incluse tehnici care pol acoperi abordarea terapeutică a tuturor elementelor identificate de analiză.

Este important de menţionat că, deşi aceste programe ar urma să fie aplicate - cel puţin în intenţia autorilor - în această structură, elemente extrase din contextul întregului pot fi împrumutate pentru a răspunde nevoilor concrete ale clientului, chiar în cadrul unor intervenţii concepute diferit.

Dintre intervenţiile structurate care îşi propun abordarea hipnoterapeutică a persoanelor depresive vom prezenta în continuare două programe, elaborate de către doi dintre cei mai autorizaţi specialişti în domeniu: Michael Yapko şi Assen Alladin.

a. Hipnoterapia depresiei după Yapko

Yapko (1992) arată faptul că imaginaţia nu dispune doar de capacitatea de a produce schimbări favorabile persoanei, ci poate fi pusă şi în slujba unor modificări care pot fi calificate fără echivoc ca fiind negative. Persoana poate să-şi imagineze nu doar adaptarea reuşită sau viitorul fericit. Dimpotrivă, fantezia ei poate fi monopolizată şi de şiruri de imagini care întruchipează neputinţa sau deznodământul dureros. Termenii *„autohipnoză negativă"* (propus de Araoz), precum şi *„transă simptomatică" (symptomatic trance,* introdus de Gilligan), desemnează deopotrivă acele convingeri, referitoare Ia propria persoană şi la lumea înconjurătoare, care se formează pe calea mecanismelor auto- hipnotice şi care provoacă stări emoţionale neplăcute. Gilligan (1987) sintetizează în felul următor principalele caracteristici ale stărilor de transă simptomatică:

1) Sunt răspunsuri date la trăiri ataşate de diferitele domenii ale existenţei, care limitează posibilităţile persoanei şi care au caracter autodestmetiv.
2) Ca o consecinţă a acestora, relaţiile subiectului cu persoanele semnificative care trăiesc în anturajul lui păstrează o calitate precară, nu arareori îmbrăcând forma *„relaţiilor destructive"* atât de caracteristice persoanelor depresive. La baza acestor fenomene se pot descoperi cu precădere dificultăţi tipice de relaţionare, care pot fi calificate drept consecinţe ale stărilor de transă simptomatice.
3) Persoana se ataşează într-un mod rigid de imaginea pe care şi-a format-o asupra realităţii, chiar şi în condiţiile în care dovezi incontestabile îi atrag atenţia de o manieră neechivocă asupra necesităţii corijării percepţiilor sale. Persoana aflată în starea de transă simptomatică se dovedeşte a fi incapabilă de luarea la cunoştinţă a acelor schimbări care survin în cadrul contextului şi care reclamă fie modificarea adecvată a imaginii ce reflectă noile circumstanţele, fie reconsiderarea modului în care persoana se

raportează la acestea.

4) Răspunsurile comportamentale ale persoanei nu sunt conforme cu circumstanţele date, adică persoana se dovedeşte incapabilă să identifice cerinţele sttuaţionale, respectiv să reacţioneze în conformitate cu acestea. Această raportare conduce la deznodăminte pe care persoana le trăieşte drept eşecuri, rejecţii sau umilinţe.
5) Persoana refuză să se accepte pe sine, ceea ce antrenează incapacitatea acceptării şi utilizării unor dimensiuni ale cului.

Yapko aduce, mai departe, argumente în favoarea faptului că, în cazul depresiei, trebuie să luăm în calcul un caz particular al transelor simptomatice, aşa-numitele *„transe simptomatice depresive".* Potrivit autorului citat, aceste fenomene ar provoca - inconştient şi involuntar - manifestările specifice ale sindromului depresiv: distorsiunile cognitive, relaţiile disfuncţionale, absenţa (aparentă a) capacităţii de rezolvare a problemelor, atitudini mentale rigide etc.

\apko identifică de altfel şi alte fenomene hipnotice în cadrul depresiei. Acestea sunt sintetizate în tabelul 2.

Tabelul 2. Fenomenele hipnotice ce pot fi puse in evidenţă în cadrul depresiei

1. Regresia de vârstă (inclusiv hipermnezie şi retrăire)
   - Concentrare primordială asupra trecutului
   - Exagerarea/retrăirea traumelor, a rejecţici şi a umilinţelor din trecut
   - Utilizarea trecutului drept sistem de referinţă în situaţii de decizie actuale
2. Progresia de vârstă
   - Proiectarea în viitor a unor traume din trecut
3. Amnezia
   - absenţa reactualizării conştiente a succeselor din trecut şi a *feedback*-*xx\ior* pozitive
4. Catalepsie
   - rctardare psihomotorie, postură rigidă
5. Disociere
   - Dispoziţie depresivă, independentă de context
   - Atenţie selectivă, orientată asupra aspectelor negative
   - Abstractizarea de contextele actuale în favoarea orientării înspre trecut
   - Calificarea drept negative a unor dimensiuni izolate ale eului
6. Răspunsuri ideomotorii
   - gânduri/cogniţii, emoţii, senzaţii şi comportamente depresogenc automatizate
7. Halucinaţii
   - Perceperea rejecţici-si a raportării negative a interlocutorului, în absenţa acestora
   - Incapacitatea sesizării şi recepţionării auditive *afeedback-onlor* pozitive
8. Modificări la nivelul simţurilor
   - Raportare distorsionată la propriile fenomene organice prin medierea simptomelor fiziologice (de exemplu somatizarc)
   - Capacitate scăzută de conştientizare la nivelul simţurilor şi de obţinere a plăcerii senzuale
9. Distorsiuni ale percepţiei timpului
   - Expansiunea trăirii experienţelor din trecut însoţită de sentimente de disconfort actuale
   - Capacitatea scăzută a anticipării şi a trăirii oportunităţilor oferite de viitor

"Apko (1992) propune un model în nouă secvenţe al tratamentului bipnoterapeutic al depresiei, care cuprinde următoarele stadii:

1) Interviul şi colectarea informată a datelor;

2) Dezvoltarea expectanţelor pozitive;
3) Facilitarea dezvoltării flexibilităţii;
4) Expansiunea cadrelor de referinţă;
5) Experimentarea alternativelor;
6) întărirea specificităţii situaţinale;
7) Integrarea mecanismelor de *feedback:*
   - referitoare la cerinţele situaţionale;

- referitoare la influenţa exercitată de modelele elaborate în prealabil asupra posibilităţilor de alegere;
- referitoare la relativa rigiditate sau flexibilitate a răspunsurilor;
- referitoare la nivelul satisfăcător al răspunsurilor;
- referitoare la nevoia de mai multă infomaţie, precum şi de mai multe alternative;

8) *încorporarea (Incorporation);*
9) Clarificarea limitelor generalizării (direcţionarea spre viitor).

în cadrul fiecăreia dintre secvenţele modelului prezentat mai sus, este prioritară realizarea anumitor scopuri. Acestea sunt discutate în detaliu în cele ce urmează, alături de reliefarea rolului pe care hipnoza îl deţine în realizarea acestora.

Interviul şi colectarea informată a datelor

Yapko consideră importante clarificarea următoarelor aspecte chiar în cadrul primei şedinţe:

- identificarea acelor probleme ale clientului «are pot fi puse în legătură cu depresia ;
- identificarea acelor modele (structuri) la care clientul a recurs şi în trecut, şi despre care se poate presupune că, deopotrivă, îşi asumă un rol în structurarea percepţiilor clientului şi în determinarea reacţiilor de răspuns ale acestuia la trăirile generate de diferitele situaţii de viaţă ;
- identificarea acelor resurse specifice ale clientului, pe care ne putem sprijini de-a lungul intervenţiei, precum şi detectarea acelora care urmează sâ fie dezvoltate în vederea rezolvării problemei clientului;
- recunoaşterea de către client a strategiilor utilizate în cadrul proceselor de percepţie şi de luare a deciziilor, în vederea descoperirii a ceea ce este neadecvat, ncrclcvant sau incomplet. în realizarea acestui scop întrebările de tipul *„Cum ? "* deţin un rol strategic (de exemplu: „ *Cum anume apreciezi/De unde ştii că persoana cu care intri în contact, nu te apreciază ? ");*
- identificarea expectanţelor, a obiectivelor clientului (dezvăluirea structurii, conţinutului, formulării clare, precum şi a şanselor de realizare a acestora);
- evaluarea necesităţii eliberării urgente de simptome cu ajutorul hipnozei.

Totodată, pe parcursul acestei secvenţe trebuie evaluat şi potenţialul suicidar al clientului, nivelul senzaţiei de disconfort, gradul de expansiune al *patiern-utilor* simptomatice *(symplomatic patterns),* gradul de echilibru al modelelor subiective, măsura şi calitatea capacităţii de integrare a intervenţiilor terapeutului de către client. Trebuie să se obţină o descriere cât mai detaliată şi clară a depresiei clientului, pentru a se putea evalua acele modele la care clientul recurge în prelucrarea trăirilor sale. Din acest

punct de vedere, deosebit de importante sunt vocabularul clientului (cu ce fel de cuvinte îşi descrie starea), stilul cognitiv, modalitatea de răspuns, sistemul reprezentărilor primare etc. Acele imagini, cu ajutorul cărora persoana îşi descrie trăirile depresive, pot fi utilizate în cadrul tratamentului (dacă clientul îşi descrie depresia ca „o ceaţă densă, întunecată care îi apasă creierul", intervenţia - la momentul adecvai - va sugera risipirea treptată a acesteia şi reinstaurarea dominaţiei luminii).

Construirea relaţiei terapeutice şi stabilirea ritmului intervenţiei terapeutice aparţin. de asemenea, obiectivelor vizate în cadrul primului pas al tratamentului. Yapko se

declară adeptul terapiei centrate pe particularităţile clientului, accentuând faptul că intervenţia trebuie să se clădească pe recunoaşterea, acceptarea şi utilizarea modelelor de prelucrare a trăirilor la care recurge persoana. Autorul atrage atenţia şi asupra faptului că, luând în considerare predispoziţia persoanelor suferinde de depresie spre neajutorare si spre contemplarea propriei persoane ca o victimă a unor circumstanţe exterioare ei, orice altă modalitate de abordare decât cea bazată pe colaborare, poate fi nemijlocit destructivă, cauzatoare de alte vătămări ale personalităţii lor.

Potrivit opiniei autorului, hipnoza poate fi introdusă deja în cadrul primei şedinţe, atât din considerente terapeutice, cât şi diagnostice. Scopul intervenţiei, înainte de toate, este de a ajuta persoana să înţeleagă rolul pe care hipnoza îl joacă în determinarea modului în care percepe lumea şi îşi construieşte realitatea subiectivă. Putem facilita, cu ajutorul hipnozei, descoperirea faptului că realitatea, pe care o consideră obiectivă şi de neschimbat, poate fi concepută ca o imagine construită şi menţinută în mod subiectiv. Recunoaşterea acelor mecanisme - în esenţă - hipnotice, care conduc la apariţia stării de transă simptomatică şi care joacă un rol important în apariţia şi menţinerea depresiei, poate facilita înţelegerea faptului că aceleaşi mecanisme pot fi puse în slujba vindecării, în condiţiile în care „autohipnoza negativă" este înlocuită de hipnoza (şi autohipnoza) utilizate în scop terapeutic.

Dezvoltarea expectanţelor pozitive

Expcctanţele pozitive pot fi definite ca prezenţa acelor convingeri, potrivit cărora condiţiile viitoare pot fi modificate în direcţia dorită de persoană. Opusul raportării descrise mai sus constă în lipsa de speranţă, concept pe care Seligman (1998) îl defineşte drept acea formă a neputinţei, care atribuie condiţiilor actuale, apreciate ca inacceptabile, control extern, persistenţă şi influenţă generalizată (expansiunea acesteia în toate sau aproape toate dimensiunile vieţii persoanei). Lipsa de speranţă însoţeşte frecvent depresia şi este responsabilă într-o măsură considerabilă de menţinerea tulburării de dispoziţie. Mai mult, în opinia lui Beck şi Steer (1988), chiar şi acele tentative de suicid, la care recurg - ca la o ultimă soluţie - unele dintre persoanele care suferă de depresie, s-ar datora nu într-atât depresiei îiwine, cât mai degrabă lipsei de speranţă.

Yapko accentuează faptul că dezvoltarea expectanţelor pozitive, constituie condiţia de bază a participării la terapie; în absenţa speranţei, eforturile mobilizate în vederea schimbării ar fi lipsite de sens. De altfel, în această privinţă, punctul de vedere al autorului coincide cu cel susţinut de Mischel (1985), după care *„expcctanţele legate de consecinţele comportamentului şi ale stimulării"* constituie acea *variabilă personală* care joacă un rol decisiv în implicarea în activitate. Poziţii similare sunt exprimate şi de către Frank (1985), Sapolsky (1994), Seligman (1998) eic. Yapko evaluează trezirea speranţei drept cel mai important aspect al tratamentului, fiind de părere că de această componentă ar fi nevoie chiar

şi în condiţiile în care clientul, realmente, se zbate în strânsoarea unor condiţii care sunt în mod obiectiv de neschimbat (de exemplu în cazul unei boli incurabile).

Dezvoltarea şi întărirea expectanţelor pozitive presupune fenomene de învăţare pozitive, care au la bază conştientizarea resurselor energetice de care dispune clientul şi adoptarea orientării înspre viitor, prin intermediul formulării unor scopuri pozitive, apreciate anterior de către persoană ca nerealizabile. Principalii paşi ai trezirii speranţei pe cale hipnoterapeutică pot fi sintetizaţi în felul următor :

- identificarea ritmului dominant al orientării;

- identificarea sistemului de reprezentare primar;
- identificarea stilului cognitiv al clientului;
- introducerea metaforelor care ilustrează caracterul inevitabil al schimbării;
- examinarea stărilor intermediare ale persoanei;
- identificarea resurselor personale mobilizate cu ocazia schimbărilor care au avut deja loc în trecut;
- integrarea previziunilor care se autoconfirmă.

(Yapko, 1992, p. 129)

în cele ce urmează vom ilustra printr-un exemplu intervenţia hipnoterapeutică pe care \apko o utilizează în vederea dezvoltării expectanţelor pozitive la un client depresiv:

„Instaîează-te confortabil... respiră profund şi liniştit... şi tasâ-ţi ochii să se închidă încet, uşor... asta te va ajuta să-fi poţi concentra atenţia, preţ de câteva minate, înspre interior... şi să descoperi ceea ce se ascunde în tine... şi poatefi reconfortam să ştii, pentru asta nu trebuie săfaci nimic deosebit... trebuie doar să-fi permiţi să descoperi... că poţifi puţin diferit... De fapt, nimeni nu te cunoaşte mai bine decât te cunoşti tu însuţi... şi poţi şti, că te cunoşti suficient de bine... pentru a şti că te poţi simţi atât de_bine... stând aşa, aşezat confortabil, liniştit... fără a trebui să faci ceva deosebit... sau să trăieşti ceva deosebit... lăsând pur şi simplu să se întâmple... ceea ce urmează să se întâmple... atunci când tot corpul tău începe să se relaxeze... şi gândurile tale încep să se deplaseze confortabil... poate în direcţia unui loc anume... în care ai dori sâ ajungi... şi s-ar putea ca acest loc săfie undevafoarte departe... sau să pară doar foarte îndepărtat... până când vei putea trăi sentimentul că ai putut fi acolo... pentru că atunci, ceea ce părea atât de îndepărtat, îţi apare deodată, caftind atât de aproape... şi nu-i aşa, că exact aşa se întâmplă lucrurile şi în viaţă... De fapt, ştii prea bine cât de absorbit era copilul care ai fost odinioară... de viata de zi cu zi... atunci când încă nu ai învăţat să priveşti înainte, înspre viitor... pentru că atunci când eşti copil ştii doar de ceea ce este... şi dacă îi spui unui copil că îl vei lua cu tine... undeva într-un loc deosebit... cândva, săptămâna viitoare... va deveni nerăbdător... căcipentru el a spune «săptămâna viitoare» este ca şi când i-ai spune «peste o sută de ani»... din fericire însă copiii cresc... şi devin mai înţelepţi... şi nimic nu poate să îi împiedice în acest progres... astfel încât copiii devin adolescenţi... şi adolescenţii devin adulţi tineri... căci acest progres este inevitabil... aşa că de ce nu ai decide tu în ce direcţie să te schimbi... cu atât mai mult, cu cât ştii foarte bine cum săfaci acest lucru... căci tocmai asta ai făcut, atunci când în urmă cu doar un an te-ai mutat în acest oraş... lăsând în urmă orăşelul în care locuiai... şi poate nici nu a trebuit să stai prea mult pe gânduri... doar acum... deşi sunt atât de multe lucruri care. aparent, trebuie să fie ţinute în mână deodată... atunci când te muţi şi când toată existenţa ta se schimbă... devenind mai bună... şi îţi oferă oportunităţi noi... si poţi să-ţi fixezi noi obiective... şi nu poţi şti dinainte cum va fi noul tău cămin... sau cum vor fi prietenii noi... dar e important că ai avut suficientă încredere in capacitatea ta de a te adapta... şi că vei avea capacitatea de a rezolva calm lucrurile... şi ai reuşit să te muţi... pentru că ai prevăzut totul... şi ţi-ai putut asuma acele riscuri rezonabile... pe care le-ai luat în calcul... şi este atât de bine să ştii, că ai în continuare la dispoziţie această capacitate... de a planifica... şi de a-ţi asuma riscuri rezonabile... chiar dacă nu le-ai acordat până acum o atenţie deosebită... acum însă ai din nou ocazia să

planifici... să prevezi totul, pas cu pas... să decizi care vor fi aspectele, de care te vei ocupa pentru început... şi de care te vei apropia doar ulterior... să decizi care sunt acele aspecte, în privinţa cărora nu poţi face o serie de lucruri... şi care sunt acelea pe care nu le poţi influenţa... şi pe măsură ce examinezi modalităţile prin care îţi poţi exploata capacitatea de a elabora planuri... şi capacitatea care îţi permite să vezi mult mai limpede direcţia în care te îndrepţi... şi măsurile pe care le vei întreprinde... în sinea ta pori deja să ştii. că există o calitate superioară a vieţii, pe care o poţi atinge... şi înţelegerea acestui lucru îţi va permite să te simţi bine în sinea ta...

în timp ce înspre exterior *vei face totul* pentru a rezolva aceste lucruri... poţi simji cura respiraţia devine mai liniştită... şi că inima îţi bate şi ca mai liniştit... şi muşchii tăi se relaxează... iar gândurile ţi se încetinesc... permiţându-ţi să *le îndrepţi înspre viitor...* înspre abilităţile tale care îţi permit să *planifici...* şi să *îţi asumi riscuri calculate dinainte...* ca atunci când tc-ai mutat aici... la fel de lin, cum s-a întâmplat atunci... astfel încât următorul pas pe care îl vei face în această perioadă de viaţă care implică atâtea schimbări... poate fi *si mai lin...* iar atunci, când în adâncul sufletului tău vei şti acest lucru... vei putea lăsa ca toate lucrurile acestea pe care le-ai învăţat să pătrundă adânc în fiinţa ta... şi astfel *le vei putea utiliza în mult mai multe feluri decât ai putea să-ţi închipui în mod conştient...* aşa că te poţi pregăti să *ai pane de cele mai plăcute surprize cu putinţă...* Iar acum, acordă-ţi atâta timp de cât timp vei avea nevoie pentru a permite acestor experienţe să pătrundă in toată fiinţa ia... după care încet, treptat, confortabil... revino la starea obişnuită de veghe... şi atunci, când te simţi suficient de pregătit... lasă-ţi ochii să se deschidă..." (după Yapko, 1992, pp. 127-128, cu minime modificări).

Se poate emite în continuare ipoteza că putem realiza scopul dezvoltării expectanţelor pozitive, înainte de toate, prin intervenţii hipnoterapeutice puse în slujba întăririi eutui şi prin abordări de tipul acelora care sunt inspirate din terapia centrată pe soluţii, elaborată de către De Shazer (De Shazer, 1985; George *et al.,* 1995; Walter & Peller, 1992; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1995). Acest obiectiv al trezirii speranţei este vizat şi de unul din exerciţiile incluse în seria de casete audio *(„Look to the Future Optimisticatly")* editată simultan cu cartea lui Yapko (Yapko, 1992a). Prelegerea introductivă a casetelor, care conţine suficiente referiri la eficienţa hipnozei în tratamentul depresiei, este astfel concepută incât să contribuie şi ea într-o mare măsură la trezirea optimismului ascultătorului afectat de depresie.

Facilitarea dezvoltării flexibilităţii

Importanta acestui scop este pusă în lumină de recunoaşterea faptului că simptomele depresiei se datorează în mare măsură inflexibilităţii. O parte semnificativă a problemelor persoanei care suferă de depresie, izvorăşte din convingerea rigidă că un anumit demers la care recurge în zadar pentru a face faţă unei situaţii, s-ar putea dovedi eficent, ba mai mult chiar, că *trebuie* să fie eficient. Yapko defineşte rigiditatea prin „utilizarea unui model specific într-o situaţie în care acesta nu numai că este lipsit de eficienţă, ci are chiar un efect destructiv" (1992, p. 105). Dimpotrivă, pe măsură ce persoana dobândeşte capacitatea de a dezvolta răspunsuri mai eficiente şi mai adecvate, cu ajutorul cărora poate face faţă solicitărilor diferitelor situaţii de viaţă, şi poate produce rezultate dezirabile deopotrivă din punct de vedere personal şi din cel al persoanelor din anturajul său, se estompează şi dispar şi simptomele depresive.

în vederea dezvoltării flexibilităţii, trebuie să asigurăm luarea la cunoştinţă de către client a următoarelor: (1) pentru interpretarea diferitelor situaţii de viaţă, ne stau la dispoziţie o varietate de puncte de vedere,

deopotrivă valide; (2) avem nevoie de dezvoltarea unor abilităţi de rezolvare a diverselor probleme cu care ne confruntăm; şi (3) fiecare persoană trebuie să-şi dezvolte capacitatea de ă reacţiona la fenomenele externe şi să le asigure acordul cu propriile trăiri, respectiv cu realitatea sa subiectivă.

Dezvoltarea terapeutică a flexibilităţii are valoare de recadrare *(reframing),* de modificare a viziunii asupra unei situaţii, luând în considerare faptul că accentuează acel mesaj, potrivit căruia, clientul nu este o persoană sortită inevitabil eşecului, ci pur şi simplu este cineva, ale cărui strategii utilizate în cadrul unei situaţii nu s-au dovedit a fi

îndeajuns de eficiente până în prezent. Prin faptul că terapeutul îşi încurajează clientul, ca în locul concentrării asupra sentimentelor sale negative, să depună mai degrabă eforturi pentru a descoperi soluţia cea mai eficientă în situaţia dată, sprijină de fapt persoana depresivă în însuşirea diferenţierii dintre trăirile emoţionale interne şi realitatea externă. în final, această parte a intervenţiei contribuie si la transmiterea acelei filozofii terapeutice, potrivit căreia, experienţele de viaţă constituie un complex de stimuli interpretabil: în mai multe feluri, la care se poate tace faţă cu succes în diferite moduri.

Schimbarea viziunii poate fi definită ca o „modificare a interpretării prin faptul că privim altfel evenimentul dat" (Yapko, 1990, p. 314). Ca rezultat al reinterpretării (recadrării), părţile vulnerabile sunt reevaluate ca fiind „puncte forte", iar accidentele traumatice ca *şanse,* care asigură dobândirea unor experienţe valoroase de viaţă. Un exemplu tipic al modificării viziunii este oferit de psihoterapia pozitivă, care concepe depresia drept capacitatea persoanei „de a reacţiona cu emoţii şi sentimente profunde la cele întâmplate cu propria persoană" (Pescschkian, 1987, p. 405). în unele cazuri, chiar şi o unică observaţie se poate dovedi a fi suficientă pentru realizarea reinterpretării; de regulă însă procesul presupune mult mai mult timp şi intervenţii mai consistente. Practic, orice intervenţie psihoterapeutică, care ajută persoana să privească dintr-un alt unghi de vedere problema cu care se confrunta, poate fi considerată ca un demers aflat în slujba eforturilor ce vizează reinterpretarea. *Recadrarea (reframing)* reprezintă însă şi o formă de intervenţie de sine stătătoare, structurată în mai multe trepte, elaborată de Bandler şi Grinder, în cadrul *„programării neurolingvistice" (NLP).*

Lărgirea cadrelor de referinţă

Realizarea acestui obiectiv este strâns legată de învingerea rigidităţii. Clientul este sprijinit să-şi însuşească, în cadrul relaţiei terapeutice bazate pe colaborare, noi modalităţi de reacţie ca răspuns la situaţiile de viaţă problematice pe care le întâmpină, şi prin aceasta să-şi lărgească scala posibilităţilor de alegere. Noile alternative pot să conţină elemente cum ar fi abilităţile interpersonale proaspăt însuşite, procese de evaluare mai obiective sau însuşirea modalităţilor prin care persoana poate recunoaşte şi utiliza mai eficient propriile resurse.

Recurgerea cea mat frecventă la hipnoză apare chiar în acea fază a terapiei în care obiectivul urmărit este cel al lărgirii sistemelor de referinţă, în vederea încurajării dezvoltării perspectivelor alternative asupra trăirilor, respectiv a reprezentărilor despre realitate.

Yapko atribuie un rol esenţial extinderii sistemelor de referinţă alternative în cadrul procesului de întărire a stimei de sine a clientului. în opinia autorului, directivele utilizate de terapeut facilitează înţelegerea de către persoană a faptului că nu propria persoană, în sine, reprezintă izvorul problemelor cu care se confruntă, ci relativa ineficientă a strategiilor mobilizate în vederea biruirii dificultăţilor. Această înţelegere contribuie şi Ia recunoaşterea treptată de către persoană a faptului că nu este în totalitate disfuncţională, ci doar dovedeşte o mai slabă adaptare în anumite

situaţii concrete.

Experimentarea alternativelor

Cadrul terapeutic pe care îl asigură hipnoza face posibilă, pentru client, învăţarea bazată pe experienţele proprii. Terapeutul creează situaţii de tip „ca şi cum", în condiţiile cărora clientul poate trece peste acele limitări perceptuale şi comportamentale, care ii

împiedicau până acum să-gi rezolve problemele, îngustându-i în aşa măsură perspectivele, încât acestea să se dovedească a fi incapabile să-i asigure eficienţă în demersurile întreprinse. Prin situaţiile pe care persoana le evocă în cadrul hipnozei, se oferă ocazia punerii sub semnul întrebării a convingerilor disfuncţionale, a testării ideilor alternative şi a exersării noilor răspunsuri comportamentale. Prin aceasta sunt create nu doar condiţiile terapeutice ale abordării de către client a dificultăţilor actuale prin abilităţi mai flexibile şi mai eficiente de rezolvare a problemelor, dar şi cele pentru rezolvarea acelora cu care este de aşteptat să se întâlnească în viitor.

In secvenţa experimentării alternativelor, ne străduim în esenjă să dezvoltăm o atitudine, capabilă să orienteze atenţia persoanei asupra consecinţelor confruntării sale cu diferitele situaţii de viaţă. Yapko sintetizează semnele definitorii ale acestei orientări în felul următor:

- scopurile sunt descrise concret şi în termeni pozitivi:
- rezultatele obiective sunt verificabile;
- se raportează în mod adecvat la o situaţie specifică;
- iniţiativa poate veni deopotrivă din partea terapeutului sau a clientului, păstrarea sa, în schimb, este meritul aceluia din urmă, care se raportează la aceasta ca la o nouă posibilitate de alegere de care dispune;
- face posibilă adaptarea selectivă şi flexibilă la diferite situaţii.

Atunci când încurajăm persoana să experimenteze modalităţi de a percepe realitatea şi comportamente alternative, este important să Jinem cont de principiul terapeutic fundamental, potrivit căruia trebuie să ne străduim în mod conştient şi deliberat să-i asigurăm clientului sentimentul reuşitei, care se leagă fie de ducerea la bun sfârşit a sarcinilor terapeutice, fie de recunoaşterea faptului că, prin simplul fapt de a fi încercat ceva nou, deja a şi ieşit de sub vraja sentimentului neputinţei, care îi paraliza orice iniţiativă îndreptată înspre soluţionare, contribuind la menţinerea problemelor sale.

întărirea specificităţii situaţionale

„Absorbţia internă" care caracterizează atât de mult persoanele suferinde de depresie, le predispune pe acestea să ignore de regulă solicitări situaţionale (cu alte cuvinte, externe), care ar face trimiteri la reacţia adecvată de răspuns. Yapko înţelege prin *„specificitatea situaţională",* posibilitatea ca, într-o situaţie data, potrivit solicitărilor situaţionale concrete, persoana să renunţe la acele răspunsuri pe care i le-ar dicta caracteristicile personalităţii sale şi să le înlocuiască pe acestea cu cele care în condiţiile dale s-ar dovedi cele mai potrivite. *„întărirea specificităţii situaţionale"* este menită să denumească acea intervenţie care îşi propune să faciliteze persoanei suferinde de depresie, recunoaşterea eficientă a particularităţilor prezentate de solicitări ivite în situaţiile concrete şi, înainte de toate, a modului în care acestea se raportează la convingerile, valorile, respectiv atitudinile sale personale, precum şi la alţi determinanţi ai comportamentului demonstrat în

situaţia dată. O sarcină importantă constă în învăţarea persoanei să observe modul în care diferă între ele - în anumite cazuri chiar într-o măsură semnificativă - situaţii care pot să pară identice sau cel puţin asemănătoare, la o primă vedere. *Contextuaiizarea,* adică acea capacitate a persoanei, care îi permite să recunoască particularităţile ce individualizează diferitele situaţii de viaţa şi sa reacţioneze

in conformitate cu acestea diferenţiat într-o măsură adecvată, reprezintă o componentă deosebit de importantă a adaptării eficiente, absenta acesteia jucând adesea un rol major în depresie.

Ştergerea graniţelor dintre prezent şi trecut, dintre „acum" şi „atunci", poate fi identificată ca o formă de manifestare specifică a deficitului contextualizării în cadrul sindromului depresiv. Cea mai evidentă consecinţă a acesteia o putem găsi în tendinţa clientului depresiv de a căuta reperele care i-ar putea determina comportamentul actual în întâmplările din trecut, în loc să reacţioneze la ceea ce se întâmplă în prezent, nu arareori în aşa fel încât nici nu este conştient de această predispoziţie a sa.

Practic, realizarea acestui scop presupune crearea activă şi intenţionată a unor condiţii. care sunt capabile să întrerupă activarea automată a *pattem-arUot* de reacţie dezvoltate de client în trecut şi, în acelaşi timp, încurajează persoana în dezvoltarea unor modele noi în locul acestora. Yapko defineşte recursul la aceste contexte în terapie, drept *„crearea condiţiilor orientării spre scop"* sau ca activare a acelor împrejurări, în cadrul cărora împiedicăm recursul clientului la tiparele sale obişnuite de răspuns, care sunt părţi constituente ale problemelor sale, permiţându-i, în schimb, să-şi mobilizeze resursele care pot asigura realizarea obiectivelor pe care şi tera fixat. Esenţa acestor intervenţii constă în faptul că se creează condiţiile în care, clientul poate - şi este chiar nevoit - să testeze una dintre noile forme de comportament, însuşite chiar în cadrul terapiei.

Unul dintre mijloacele cele mai importante ale dezvoltării contextualizării o constituie formularea sarcinilor *(directivelor)* terapeutice. în cazul depresiei, directivele care s-au dovedit a fi cele mai eficiente cuprind; facilitarea exprimării emoţiilor, însuşirea informaţiilor, asociaţia diferitelor gânduri cu comportamente adecvate, exersarea diferitelor abilităţi nou formate, încurajarea atitudinii şi comportamentului asertiv în contexte în care nu sunt prezente elemente ameninţătoare, consemnarea progreselor personale pe parcursul terapiei într-o formă asemănătoare cu a jurnalului, descrierea scopurilor personale etc.

Introducerea directivelor trebuie precedată de construirea unui plan detaliat. înainte de toate, scopul acestuia constă în prevenirea producerii acelor situaţii care s-ar putea dovedi a fi vătămătoare pentru client. în decursul terapiei, sarcinile trebuie să fie relativ uşor realizabile, clar formulate, orientate spre scop şi multidimensionale (această din urmă cerinţă se referă la faptul că este indicat ca sarcina în cauză să activeze lumea subiectivă a clientului sub cât mai multe aspecte). O altă cerinţă se referă la programarea în timp (la ritmicitatea) folosirii directivelor. Numeroase sarcini terapeutice, a căror utilizare este altfel pe deplin îndreptăţită din punct de vedere tehnic, conduc la eşec, ca urmare a faptului că nu au fost formulate la momentul oportun. Pe de o parte, terapeutul trebuie să asigure pregătirea adecvată a clientului pentru asumarea realizării unei sarcini. Acesta este motivul pentru care terapeuţii fac eforturi îndreptate înspre întărirea eului clienţilor şi ameliorarea sentimentului lor

de neputinţă, de cele mai multe ori încă din prima fază a tratamentului. în opinia lui Yapko (1992), directivele terapeutice distribuite prematur, asemeni celor formulate prea târziu sub formă de indicaţii, rămân în cazul cel mai fericit fără efect, ele putând însă antrena chiar efecte negative din punctul de vedere al terapiei. în final, trebuie să ne asigurăm de capacitatea clientului de a aplica cele însuşite de-a lungul terapiei, în toate condiţiile care justifică recursul la abilităţile în cauză. In procesul asocierii răspunsului celui mai eficient cu contextele adecvate, un rol important Ie revine sugestiilor posthipnotice. Scopul acestora este acela de a „programa"

clientul, pentru ca în momentul confruntării sale cu situaţii, respectiv condiţii date, să producă răspunsul care promite a-i asigura consecinţele cele mai favorabile cu putinţă.

Integrarea mecanismelor defeedback

Autorul consideră că o particularitate proprie depresiei este reprezentată de adâncirea în asemenea măsură a persoanei în propria lume interioară, încât aceasta să o împiedice în receptarea informaţiilor semnificative, care îi parvin din mediul său. Numai în acel caz ar putea persoana să se raporteze pozitiv la lumea în care trăieşte, dacă ar recunoaşte cum anume sunt structurate lucrurile care o înconjoară (inclusiv personalitatea celorlalţi, instituţiile etc).

Este uşor de înţeles de ce creşte predispoziţia spre depresie în cazul acelor persoane care sunt incapabile să recunoască variabilele situaţionale relevante, respectiv motivul pentru care integrarea mecanismelor *defeedback* este inclusă printre obiectivele vizate în tratamentul depresiei.

Integrarea *feedback-uri* lor presupune în primul rând recunoaşterea solicitărilor situa- ţionale, prin receptarea şi interpretarea adecvată a acelor reacţii care vin din partea contextului ca răspuns la comportamentul nostru. Ori de câte ori persoana interpretează greşit aceste semnale sau le pierde pur şi simplu din vedere, trebuie să luăm în calcul posibilitatea adaptării inadecvate, împreună cu toate acele consecinţe care derivă din acest fapt. Este bine cunoscut, de exemplu, faptul că persoanele suferinde de depresie îi înstrăinează de ele însele pe cei care trăiesc în anturajul lor (Williams, 1992). Acesta, cel puţin parţial, se poate datora faptului că persoanele sunt incapabile de recunoaşterea acelor situaţii, în care dezvăluirea de sine se justifică, sau, chiar mai mult, este de dorit, respectiv a acelora, în care relevarea unor informaţii despre sine (şi cu atât mai mult a celor intime) ar putea produce întreruperea nemijlocită a posibilităţii de comunicare cu partenerul de discuţie. în opinia lui Murphy şi Kupshik (1992), în condiţiile în care unul dintre parteneri dezvăluie informaţii mai profunde referitoare la propria persoană, decât cele definite în mod tacit ca acceptabile în cadrul relaţiei, acest fapt s-ar putea dovedi a fi fatal din punctul de vedere al legăturii dintre interlocutori, receptorul putând să se simtă agresat de conţinuturile cu tentă personală ce i-au fost relevate. In condiţii normale, în urma dezvăluirii de sine produse la un moment nepotrivit, *feedback-ul* partenerului de discuţie alertează *„sociometrul"* persoanei care a tăcut dezvăluirea nepotrivită şi, ca urmare a acestui fapt, aceasta ar avea posibilitatea de a face paşii necesari în vederea restabilirii echilibrului (Leary, 1998). Persoanele depresive sunt însă de multe ori purtate de nevoia lor accentuată de dependenţă în situaţii în care - ca urmare a evaluării eronate a expectanţelor interlocutorului - comunică informaţii cu caracter personal într-un moment nepotrivit şi, întrucât nu realizează acest lucru în timp util, se expun pericolului de a fi respinse de către partenerul de discuţie. Este de prisos, credem, să insistăm asupra impactului acestor „accidente" asupra stimei de sine - oricum precare - a persoanei depresive.

Interpretarea corectă a *feedback-uriloi* este deosebit de importantă şi din punctul de vedere al determinării acelei influenţe pe care *modelele în prealabil însuşite* le exercită asupra *perceperii posibilităţilor de alegere.* Persoana devine capabilă să recunoască eficient măsura în care o situaţie actuală seamănă sau diferă de una cu care s-a confruntat cândva în trecut, doar în condiţiile evaluării corecte a acelor semnale, care o informează

asupra naturii situaţiei. Adeseori, motivul pentru care depresivul reacţionează - complet eronat, de altfel - Ia o situaţie actuală ca şi cum aceasta ar fi repetarea unor circumstanţe întâlnite în trecut, constă în neidentificarca corectă a informaţiilor referitoare la situaţie.

Ca urmare a acestui fapt, persoana mobilizează mecanisme de apărare şi rezistente care, în situaţia dată, nu se justifică. Alteori, dimpotrivă, nu recunoaşte faptul că utilizarea unora dintre abilităţile de care dispune ar asigura o adaptare mai economicoasă, luând în considerare faptul că, în privinţa principalelor caracteristici, situaţia dată corespunde aceleia în contextul căreia s-au dezvoltat abilităţile respective. Concret, persoana depresivă poate evalua o relaţie actuală ca fiind similară uneia din trecut, deci ca fiind purtătoarea potenţialului dezamăgirii, în condiţiile în care aceasta, practic, nu dispune de caracteristicile legăturii originale. Pe de altă parte, ea poate refuza acordarea încrederii unei persoane al cărei comportament corespunde în cea mai mare măsură comportamentului acelor persoane, care niciodată nu au abuzat de încrederea ei. A fi dezamăgiţi în repetate rânduri de persoane al căror comportament nu ar fi justificat investirea unui capital de încredere, precum şi tratarea cu neîncredere necontenită a acelora care ar fi nu doar capabile, dar şi dispuse să depună toate eforturile pentru a asigura binele persoanei, acestea sunt cele două extreme identificabile în modelele de raportare a persoanelor suferinde de depresie şi care în mod univoc sunt rezultatul absenţei integrării /cenaclurilor recepţionate în diverse situaţii.

în al treilea rând, integrarea *feedback-urilor* trebuie asigurată în raport cu relativa rigiditate, respectiv flexibilitate a răspunsurilor. Eforturi terapeutice, pe care le mobilizăm în vederea realizării acestui scop, îşi propun să dezvolte, în cazul clientului depresiv, acea atitudine care poate asigura o raportare flexibilă, adaptată solicitărilor de moment, chiar şi în acele situaţii, care tăcând parte din aceeaşi categorie (de exemplu întruniri amicale, interacţiuni cu străini, confruntarea cu provocări etc.) riscă să fie identificate ca fiind similare.

Una dintre cerinţele fundamentale ale intervenţiei terapeutice, care adeseori este şi cea mai dificilă de realizat, constă în integrarea *feedback-uriior* din punctul de vedere al definirii *succeselor personale.* Bandura (1997) descrie în cartea sa despre eficacitatea personală acel fenomen potrivit căruia persoanele care se subapreciază îşi contabilizează frecvent succesele în condiţiile trăirii unei anxietăţi intense, generată de temerile că luarea Ia cunoştinţă a acestora de către mediul lor le-ar confrunta cu expectafii cărora nu ar fi capabile să Ie facă faţă. Aceste persoane prezintă convingerea că, mai devreme sau mai târziu, ar fi inevitabil demascate şi - ca o consecinţă a dezamăgirii produse astfel - persoanele importante din via{a lor s-ar îndepărta de ele. Yapko - în urma lui Clance - numeşte drept *„fenomenul impostурii"* (chiar mai apropiat de realitatea exprimată ar putea fi termenul *„complexul impostурii")* această atitudine întâlnită frecvent în cazul depresivilor. Scopul terapeutic în cazul acestor eJienJi constă în facilitarea atribuirii rezultatelor şi succeselor obţinute, abilităţilor,

eforturilor, precum şi iscusinţei proprii.

în cazul altora, trebuie să luăm în calcul faptul că, drept consecinţă directă a formulării criteriilor acţiunii eficiente, astfel încât aceasta nu este suficient de univocă, persoanele depresive apreciază că tot ceea ce fac poate fi contabilizat ca eşec; mai mult chiar, ele însele îşi evaluează acţiunile ca atare. Sarcina care revine terapeutului, în aceste situaţii. constă în facilitarea înţelegerii de către client a nevoii de a nu se sprijini doar pe evaluările sale subiective, ci de a lua în calcul şi *feedback~ul* primit din partea altora, precum şi de a adopta în evaluarea eficientei personale - în locul ştachetei impuse de

nivelul propriilor expectaţti subiective - criterii mai obiective, acceptate pe scară largă. în acest context se dovedeşte a fî utilă frecvent o abordare paradoxală similară cu cea care urmează:

„Intr-o ultimă instanţă ne imaginam cu tatii în adâncul sufletului nostru că am fi mai deştepţi decât oricine altcineva, că tocmai noi am fi cei ajun fi in posesia unor adevăruri ultime si irefutabile. Din fericire ştim totodată in străfundurile fiinţei noastre, că asta nu este întru-totul aşa şi putem accepta in cele din urmă, oricât de greu ne-ar veni acest lucru, că atunci când suntem uneori convinşi că dreptatea este doar de partea noastră şi că ceea ce cred toţi ceilalţi, care văd lucrurile diferit, este eronat, de fapt cei aflaţi cu certitudine în derivă suntem chiar noi. Şi amândoi ştim cât este de dificil să realizezi acest lucru, mai ales atunci când este vorba despre lucruri care ne privesc personal, care sunt în legătură cu cum anume suntem, cu cât valorează ceea ce am realizat... Şi este cu atât mai dificil, cu cât nutrim convingerea că însuşi bunul simţ este cel care ne impune să nu credem că am fi mai mulţi decât suntem în realitate şi să nu pierdem simţul măsurii atunci când evaluăm tocmai propriile noastre realizări... Da. acest lucru poate fi deosebii de anevoios chiar şi atunci când se impune corijarea unei autoevaluări prin care ne-am atribuit mai multe merite decât ni s-ar fi cuvenit, dar ştim că trebuie să redăm aprecierii noastre dimensiunea reală... Oricât de greu ne-ar fi acest lucru, trebuie să cădem de acord că ceea ce am realizat valorează exact atât câtă valoare îi atribuie ceilalţi... Şi Ia fel stau lucrurile şi atunci când avem de a face cu situaţia inversă, în care credem că realizările noastre au o valoare mult inferioară celei pe care cei din jurul nostru Ie-o atribuie... înţeleg că, în astfel de situaţii. îţi este chiar infinit mai greu să accepţi că dreptatea este de partea celorlalţi, dar ştiu totodată, că posezi capacitatea de a recunoaşte că nu poţi fi într-atâta deasupra tuturor celorlalţi, încât tocmai TU să fii singurul care poate vedea adevărata dimensiune a lucrurilor, care este în posesia adevărului absolut, atunci când toţi ceilalţi s-au lăsat orbiţi... Şi oricât de dificil s-ar dovedi acest lucru, ştiu că te afli în posesia capacităţii de a recunoaşte într-un final că TE-Al ÎNŞELAT atunci când, în opoziţie cu p&rerea tuturor celorlalţi, ai apreciat că ceea ce ai realizat nu ar fi nimic altceva decât încă o mostră de eşec... Da, ştiu asta şi ştii şi tu acest lucru, că EŞTI CAPABILfÂ) SĂ REZIŞTI TENTAŢIEI SENTIMENTUL UI DE SUPERIORITATE FAŢĂ DE TOŢI CEI CARE TE ÎNCONJOARĂ şi să accepţi judecata celorlalţi în ceea ce te priveşte, chiar şi alunei când trebuie să recunoşti că, apreciindu-te mai favorabil decât aifăcut-o tu însuţi/însăţi, dreptatea era de partea lor... ”. ...

în exemplul de mai sus, terapeutul porneşte, potrivit principiilor formulate de către
Erickson, de la modelele de prelucrare a trăirilor caracteristice clientului, cu alte cuvinte
de la subestimarea propriei persoane, doar că mută accentul de pe autoevaluarea depreciativă pe punerea sub semnul întrebării a corectitudinii procesului de apreciere. Cu alte cuvinte, terapeutul transformă nesiguranţa clientului legată de propria persoană, în nesiguranţa resimţită în legătură cu procesele de autoevaluare care generează stima de =ine scăzută. Terapeutul adoptă un ton deosebit de critic faţă de evaluarea de sine a clientului, accentuând ideea că, prin concluziile acesteia, persoana adoptă o poziţie nazată pe încrederea oarbă în propria judecată şi deprecierea opiniei celorlalţi, poziţie extrem de greu de acceptat de către clientul depresiv, a

cărui stimă de sine este prin definiţie în suferinţă. Această recadrare a resurse care îi stau la dispoziţie, rezultatul final al confruntării cu aceste situaţii va fi de autoaprecierii înglobează în mod desebit apărarea conţinuturilor acesteia de către client. în urma reinterpretării astfel formulate, clientul se află pus în faţa situaţiei de a-i veni să accepte mult mai uşor o apreciere mai ?uţin severă a propriei persoane, decât calificativele de „suficienţă de sine", „sentiment ii superiorităţii" sau chiar de „megalomanie", implicate de susţinerea în continuare a iutoevaluării iniţiale. în altă ordine de idei, dacă clientul ar continua totuşi să-şi apere asemenea semnificaţiv diferit.

punctul de vedere, terapeutul ar trece de îndată la accentuarea faptului că, în condiţiile în care clientul îşi susţine în această măsură punctul de vedere, aceasta trebuie să fie consecinţa convingerii inconştiente, adânc înrădăcinate, că dispune de capacităţi cognitive deosebit de eficiente, ceea ce înseamnă că în adâncul sufletului realizează cât de valoroasa este ca persoană. Iar asta înseamnă că, în măsura în care va crede că a sosit momentul potrivii, va putea utiliza aceste capacităţi pentru a-şi crea o existenţă mai bună. Unii dintre caracteristicile fundamentale ale abordării ericksoniene constă în faptul că terapeutul creează o situaţie în care orice reacţie a clientului poate fi exploatată terapeutic.

Necesitatea dezvoltării nevoii de *mai multe informaţii şi alternative* derivă din acea predispoziţie a persoanelor depresive de a contabiliza drept consecinţe ale propriilor deficienţe toate eşecurile sau situaţiile dificile cu care se confruntă şi de a renunţa la mobilizarea în continuare a eforturilor. Soluţia pentru învingerea acestei atitudini constă în dezvoltarea acelei convingeri, potrivit căreia, eforturile persoanei pot fi încununate de succes în cazul în care se reuşeşte găsirea strategiei adecvate, deci că merită să se străduiască in continuare pentru găsirea soluţiilor, chiar şi atunci când acestea nu promit recompensa rezultatelor imediate.

Hipnoza poate fi unul dintre instrumentele cele mai eficiente ale integrării *feedback- \ix*\lor Această funcţie a ei poate fi exploatată, cu precădere prin direcţionarea asociaţiilor interne ale clientului, datorită cărora se poate însuşi conştiinţa de sine adecvată şi se poate potenţa autoacceptarea.

Orientând atenţia clientului în egală măsură şi asupra evenimentelor din exterior. hipnoza se îngrijeşte şi de contrabalansarea acelei predispoziţii a persoanelor depresive de a se cufunda în propria lume interioară şi de a SC îndepărta de întâmplările care au loc în jurul lor. Dezvoltarea focalizării asupra exteriorului este capabilă de crearea uneia dintre condiţiile adaptării eficiente, identificabilă prin acumularea informaţiilor relevante din punctul de vedere al solicitărilor situaţionale. Hipnoza poate fi utilizată în dezvoltarea şi întărirea orientării către lumea externă, astfel încât ca poate fi indicată în toate acele situaţii care necesită, din partea persoanei, atenţie susţinută şi abilităţi mobilizate in slujba observaţiei eficiente. Nu este de neglijat nici efectul produs de însuşirea capacităţii de comutare a atenţiei, dinspre fenomenele interioare cu lentă negativă, înspre evenimentele exterioare, asupra localizării controlului de către persoană („locusului controlului").

încorporarea

Incorporarea este o secvenţă care urmează în mod logic celei de însuşire a noilor abilităţi şi optici. Scopul acesteia constă, în primul rând, în introducerea conţinuturilor proaspăt însuşite în repertoriul comportamental, emoţional, precum şi de relaţionare al persoanei. In cadrul acestei secvenţe, ne putem îngriji de asigurarea faptului că persoana aflată în posesia noilor

abilităţi va putea face realmente faţă situaţiilor de viaţă, sprijinindu-se pe resurse care îi stau la dispoziţie, rezultatul final al confruntării cu aceste situaţii va fi de asemenea semnificativ diferit.

acestea. O altă sarcină importantă, de care trebuie să ţinem cont în cadrul secvenţei încorporării, este aceea de a sprijini recunoaşterea de către persoană a faptului că acele abilităţi pe care le-a însuşit de-a lungul procesului terapeutic îi oferă realmente oportunităţi semnificativ diferite, atunci când se confruntă cu acele evenimente şi situaţii care au jucat rolul factorilor precipitanţi în apariţia depresiei cu care se confruntă în prezent. In secvenţa încorporării, accentuăm, îi sugerăm persoanei că, prin simplul fapt că se raportează diferit Ia aceste situaţii, respectiv că se foloseşte de noile sale posibilităţi şi

Clarificarea limitelor generalizării (orientarea spre viitor)

în ultima secvenţă a tratamentului persoanei depresive, este importantă clarificarea limitelor în cadrul cărora cele însuşite pe parcursul terapiei pot fi utilizate de către client, luând în considerare faptul că acele cunoştinţe şi abilităţi pe care le-a încorporat în repertoriul resurselor sale îi pot asigura o adaptare eficientă doar în cadrul acelor condiţii concrete, cu care acesta se confruntă în perioada actuală. Dificultăţile viitoare ar putea crea condiţii cu totul noi, în cadrul cărora aceste modalităţi de raportare se pot dovedi la fel de ineficiente pe cât au fost cele vechi când au fost aplicate în situaţia actuală, sau chiar inadecvate din punctul de vedere al adaptării. Persoana trebuie încurajată în direcţia dezvoltării acelei atitudini flexibile, cu ajutorul căreia să poală recunoaşte solicitările cu care situaţiile concrete de viaţă o confruntă şi să-şi poată modela răspunsurile, astfel încât ele să promită a fi în cea mai mare măsură cu putinţă, conforme solicitărilor în cauză. Este important să se accentueze deci că acele răspunsuri pe care persoana le-a deprins de-a lungul tratamentului nu sunt capabile să îndeplinească rolul cheii universale, în stare să deschidă orice broască. în loc ca persoana să recurgă din nou la încercări de a veni în întâmpinarea situaţiilor noi, cu răspunsuri prefabricate, independent de măsura în care acestea s-au dovedit a fi utile în trecut, soluţia constă în mobilizarea imediată a mijloacelor de rezolvare a problemelor pe care le are Ia dispoziţie, debarasându-se astfel de stadiile inutile ale nesiguranţei, autoacuzării, autoculpabilizării, a sentimentului neadecvării şi a altor emoţii negative dureroase.

în încheiere, terapeutul accentuează faptul că, în viitor, clientul poate fi capabil să înfăptuiască acest lucru singur sau cu ajutorul terapeutului. Această abordare oferă suficientă încurajare pentru client în momentul desprinderii de cadrul protector al relaţiei terapeutice, dar în acelaşi timp nu exclude nici posibilitatea reîntoarcerii clientului, în condiţiile în care confruntându-sc cu noi dificultăţi ar resimţi din nou nevoia sprijinului terapeutic.

De altfel, încheierea terapjei poale fi luată în calcul în condiţiile în care clientul a demonstrat faptul că poate face faţă singur sau cu ajutorul unei minime îndrumări, acelor situaţii de viaţă cu care se confruntă în viaţa sa actuală. Este important ca terapia să nu se întindă fără temei, întrucât persoana care suferă de tulburări ale afectivităţii trebuie să îndure confruntarea cu stări dureroase, chinuitoare până în momentul vindecării sale din depresie, şi orice întârziere a eliberării de depresie îi prelungeşte suferinţele.

b. Hipnoterapia depresiei după Alladin

Intervenţia propriu-zisă, propusă de Alladin (1994) se extinde pe parcursul a 12 şedinţe terapeutice, cărora li se adaugă una sau mai multe şedinţe de

resurse care îi stau la dispoziţie, rezultatul final al confruntării cu aceste situaţii va fi de asemenea semnificativ diferit.

urmărire *(follow-up).* în cele ce urmează prezentăm pe scurt conţinutul acestor 12 şedinţe.

Şedinţa 1: Evaluarea clinică

Sunt investigate, în cadrul acestei secvenţe, aspecte care ţin *de pattern-urile* funcţionale şi disfuncţionale de gândire, emoţionale, comportamentale sau fiziologice. Măsurătorile psihometrice, respectiv cele care vizează susceptibilitatea hipnotică îşi găsesc locul de asemenea în cadrul acestei şedinţe. Atenţia este îndreptată în egală măsură asupra

aspectelor globale, precum şi a celor specifice ale funcţionării personalităţii, pentru oferi ulterior, în diferite momente ale tratamentului, respectiv după încheierea acestuia. termene de comparaţie. Pentru cazurile în care clientul prezintă susceptibilitate hipnotici redusă, autorul recomandă substituirea intervenţiei hipnotice prin relaxare.

Şedinţa 2: Primul ajutor pentru depresie

Ideea acordării unei asistenţe de tipul primului ajutor provine din recunoaşterea faptului că eliberarea persoanelor copleşite de dispoziţia depresivă, de deznădejde şi de pesimism, de povara apăsătoare a acestor stări, chiar în condiţiile în care efectul este doar de moment, poate da speranţe, facilitând totodată dezvoltarea relaţiei terapeutice s: favorizând formularea unor expeclaţii pozitive faţă de tratament. Această intervenţie constituie, de fapt, o extindere a celei elaborate iniţial de Overlade. în varianta propusă de Alladin, acordarea primului ajutor se realizează în şapte treplc: (1) clientul este încurajat să-şi exprime (ventileze) emoţiile supărătoare ; (2) se oferă o explicaţie plauzibilă şi totodată acceptabilă pentru dezvoltarea şi menţinerea depresiei (autorul propune recursul la un model biologic - de exemplu ca reprezentând un *„reflex de pliere"* în faţa unor adversităţi ale vieţii - dar oricare alt model psihologic se poate dovedi la fel de eficient), cu scopul eliberării clientului de sentimentele de culpă, rezultate din faptul că ar fi deprimat, ca rezultat al propriei sale slăbiciuni sau „inepţii" ; (3) clientul este ajutat să modifice postura depresivă, rezultată din reacţia de pliere ; (4) clientul este încurajat să facă eforturi deliberate pentru a reuşi să zâmbească; (5) clientul este invitat să-şi imagineze o „mutră nostimă" ; (6) clientul este încurajai să deruleze în imaginaţie o *„viâeocasetă mentală fericită" ;* şi (7) clientul este condiţionat pentru un *cuvănt-stimul pozitiv,* la auzul sau evocarea căruia să-şi poată genera o stare emoţională agreabilă (sau măcar tolerabilă).

Şedinţele 3-4: Terapia cognitivă

Recursul la terapia cognitivă îşi fixează ca obiectiv identificare convingerilor disfuncţio- nale, examinarea acestora şi - dacă acest IUCTU este posibil - chiar corectarea lor. La baza includerii acestei secvenţe se află prezumţia că stările afective ar putea fi declanşate şi menţinute de cogniţiilc iraţionale a!c persoanei şi că, prin urmare, combaterea acestora ar putea exercita efecte benefice asupra tulburărilor de dispoziţie. Această intervenţie valorifică în primul rând tehnicile elaborate şi prezentate de Beck *et al.* (2000), dar nu exclude nici utilizarea unor elemente descrise de alţi exponenţi ai terapiilor cognitiv- -comportameniale.

Şedinţa 5 : Introducerea hipnozei

In mod obişnuit, hipnoza este introdusă în cadrul acestei şedinţe,

prin recursul la această intervenţie urmărindu-se următoarele obiective: inducerea relaxării, reducerea distragerii atenţiei, ameliorarea capacităţii de concentrare, facilitarea gândirii divergente, amplificarea trăirilor şi facilitarea accesului la procesele psihologice inconştiente. Autorul recomandă pentru inducerea transei hipnotice şi aprofundarea acesteia metoda numărării, propusă de Gibbons, dar eslc de la sine înţeles că oricare altă metodă suficient de simplă poate fi folosită sub o formă înregistrată pe o casetă audio. După ce s-a atins un nivel satisfăcător al profunzimii transei, sunt formulate sugestii care vizează întărirea eului. După cum am mai arătat, această primă şedinţă hipnotică este înregistrată, astfel încât

resurse care îi stau la dispoziţie, rezultatul final al confruntării cu aceste situaţii va fi de asemenea semnificativ diferit.

clientul să poată asigura cu ajutorul casetei continuitatea tratamentului şi să poată învăţa autohipnoza. Scopul ultim al acestui antrenament este familiarizarea clientului cu hipnoza, astfel încât să ajungă la stăpânire satisfăcătoare a metodei, pentru a o putea utiliza eficient în etapele ulterioare ale tratamentului.

Şedinţele 6-8: Restructurarea cognitivă în hipnoză

Fiecare dintre cele trei şedinţe de intervenţie prin hipnoză din cadrul acestui grupaj de trei întrevederi îşi propune realizarea unor obiective parţiale, subordonate scopului general al restructurării cognitive.

Restructurarea cognitivă propriu-zisă - este efectuată după ce s-a indus o transă hipnotică suficient de profundă clientului. în această stare i se sugerează acestuia să-şi imagineze o situaţie care in mod normal i-ar induce o dispoziţie impregnată de tristeţe şi să se concentreze asupra cogniţiilor disfuncţionale, respectiv a reacţiilor emoţionale, fiziologice şi comportamentale care sunt asociate acestor gânduri. Ceea ce se urmăreşte practic în această etapă este identificare structurilor de tip ABC descrise de Ellis. Conform teoriei expusă de Ellis şi Dryden (1998), din confruntarea unor evenimente activatoare *(activating evetits* = A) cu convingerile relavante ale persoanei *(beliefs =* B) rezultă o serie de consecinţe *{consequences —* C) de ordin emoţional, fiziologic şi comportamental. în cazul în care un anumit eveniment este filtrat prin convingeri iraţionale îmbrăţişate de către persoană (iB), consecinţele rezultate vor fi şi ele - în mod firesc - iraţionale (iC). Depresia este considerată de către Ellis una dintre formele posibile care pot fi îmbrăcate de aceste convingeri iraţionale. Aşa-numita „terapie comportamentală raţional-emoţională", elaborată de către Ellis, îşi propune să trateze persoanele care se confruntă cu depresia, tocmai prin identificarea şi combaterea acestor convingeri iraţionale care se află la baza tulburărilor dispoziţiei.

în vederea identificării convingerilor iraţionale implicate in geneza depresiei acuzate de către client, acesta este invitat să evoce situaţia generatoare de dispoziţie proastă, secvenţă cu secvenţă, asemeni clişeelor unui film şi să-şi analizeze gândurile, convingerile, imaginile şi fanteziile legate de aceste secvenţe „îngheţate". O dală ce aceste cogniţii eronate au fost descoperite, sarcina clientului este de a le înlocui cu judecăţi sau imagini mai adecvate şi de a urmări răspunsul rezultat. Procesul este continuat până când clientul poate restructura cu siguranţă setul de cogniţii eronate legat de un eveniment sau de o situaţie particulară.

Lărgirea câmpului conştientei şi amplificarea trăirilor - este vizată practic de oricare formă a tratamentului hipnotic. Noutatea abordări propuse de Alladin constă în faptul că autorul propune - pe baza observaţiei lui Tost şi Baisden - conceptualizarea experienţelor umane, nu doar pe axa conştient-inconştient, ci luând în consideraţie şi axa temporală, intr-un cadru prezentat în figura 3. Prin urmare, reacţiile emoţionale şi comportamentale pot constitui răspunsuri nu doar la situaţii şi evenimente actuale, a căror interpretare este conştientizată sau nu, ci şi la întâmplări din trecut sau care

sunt anticipate. Practic, acest lucru înseamnă că oricare secvenţă ABC poate fi plasată undeva în cadrul câmpurilor delimitate de sistemul de axe prezentat în figura 3. Deci o reacţie cu tentă depresivă poate avea la origine confruntarea cu un eveniment din trecut sau din viitor, impactul cognitiv, afectiv, comportamental, respectiv fiziologic al acestuia putând fi conştientizat intru totul sau doar parţial. Una dintre consecinţele acestei amplasări a răspunsului persoanei pe axa care reprezintă gradul conştientizării constă în recunoaşterea faptului că

unele procese cognitive disfuncţionale, care contribuie la geneza şi la menţinerea depresiei. se situează sub pragul conştientei şi, din această cauză, clientul prezintă dificultăţi în a le identifica. Această poziţie exprimată de Alladin este în acord deplin cu cea îmbrăţişată şi de către reprezentanţi contemporani ai terapiilor cognitive şi cognitiv-comportamentale. care recunosc implicarea proceselor cognitive implicite - şi chiar aportul superior al acestora - în geneza problemelor emoţionale (Lcahy, 1997 ; Dowd, 1997).

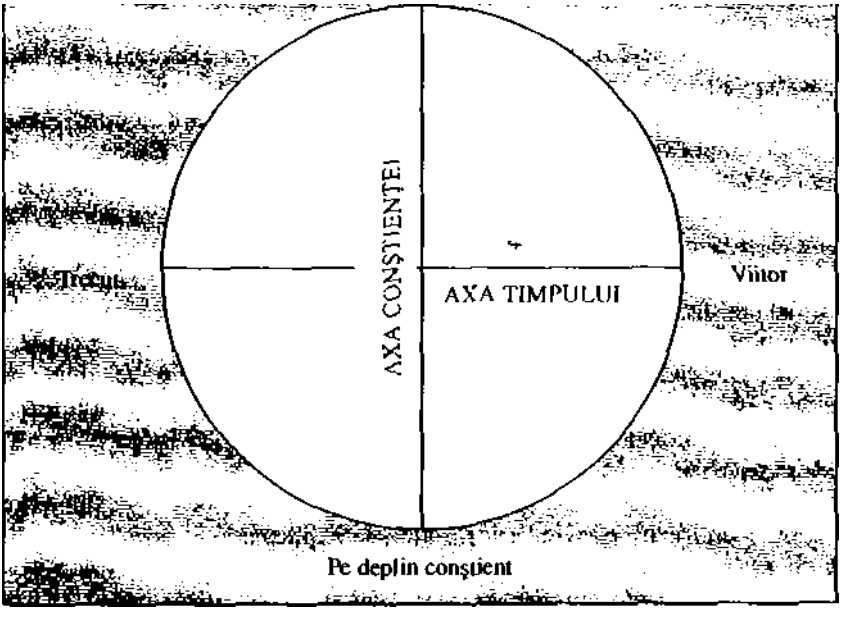


Figura 3. Raportul dintre dimensiunile conştientei şi timpului (Alladin, 1994, p. 37) ’

în acest context, hipnoza reprezintă un vehicul adecvat pentru abordarea cogniţiilor care, în mod obişnuit, nu depăşesc pragul conştientei, indiferent de localizarea temporală a evenimentelor de care se leagă.

Construirea circuitelor antidepresive - este un demers menit să contracareze efectul produs de dezvoltarea circuitelor depresive. Acestea din urmă sunt elaborate ca o consecinţă a focusării negative, şi ideea care stă la baza acestui exerciţiu este că putem să ne folosim de acest mecanism, invitând clientul să se concentreze asupra unor imagini pozitive, a căror capacitate de a induce stări emoţionale pozitive a fost amplu documentată în literatura de specialitate. în vederea realizării acestui obiectiv, este de maximă importantă identificarea unor imagini sau scene pe care clientul le

poate aprecia ca fiind în egală măsură pozitive şi realiste. Sugerarea unor reverii pe care clientul le-ar putea aprecia ca făcând parte din domeniul irealizabilului sau al visului rupt de realitate, n-ar avea decât darul de a accentua în şi mai mare măsură trăirile negative ale persoanei. amplificând sentimentul deznădejdii. Ideal este ca imaginile utilizate să fie cele descoperite chiar de către client. Evocarea sau reprezentarea mentală a acestor imagini, însoţită de

trăirea cât mai deplină a emoţiilor ce i se asociază, este completată de sugestii post- hipnotice care se referă la *jfocusarea pozitivă"* sau, ori de câte ori acest lucru este posibil, la derularea acelei *„videocaxele mentale fericite",* de care am pomenit deja cu ocazia prezentării *„primului ajutor pentru depresie".*

Şedinţa 9: Comutarea atenţiei şi inducerea dispoziţiei emoţionale pozitive

Sensul acestei intervenţii este dat de predispoziţia persoanelor depresive de a rumega - nu rareori chiar cu o tentă obsesivă - gândurile negative sau imaginile ce reprezintă scene de-a dreptul catastrofale pentru „beneficiar". Aceste imersiuni nesfârşite în negativ joacă un rol de importanţă majoră în ancorarea în „sentimentele albastre", reprezentând unul dintre impedimentele cele mai greu de depăşit în tratamentul persoanelor cu depresie. Recunoaşterea acestui lucru justifică pe deplin eforturile mobilizate în vederea sistării frământărilor cu conţinut negativ.

In vederea întreruperii ciclului ruminativ negativ, clientul este antrenat sa-şi poată comuta atenta dinspre cogniţiile negative, în direcţia unor trăiri pozitive. Prima sarcină a clientului angrenat în realizarea acestui obiectiv constă în întocmirea unei liste ce cuprinde un număr de 10-15 evenimente plăcute din propria viată şi să practice focalizarea atenţiei aproximativ câte 30 de secunde asupra fiecăreia dintre aceste întâmplări. în continuare, clientul este încurajat (1) să practice evocarea evenimentelor de pe listă - în condiţiile specificate anterior - de 4-5 ori în fiecare zi şi (2) să comute de pe gândurile negative sau neplăcute, ori de câte ori constată că atenţia îi este monopolizată de acestea, pe unul dintre itemii pozitivi aflaţi pe lista pe care a întocmit-o. Atunci când îi sugerăm clientului acest lucru, accentuăm faptul că, prin comutarea atenţiei, cogniţiile negative sunt înlăturate din sfera preocupărilor sale şi înlocuite cu cele legate de evenimentele a căror evocare este în măsură să genereze trăiri mult mai plăcute. Această tehnică a comutării este înrudită cu cea utilizată în NLP, constituindu-se într-o altă modalitate de dezactivare a „circuitelor depresive" şi de întărire a celor „fericite". Avem de a face, în fapt, cu o intervenţie care vizează practic anularea efectelor autohipnozei negative (depresogene), prin recursul la autohipnoza pozitivă.

Şedinţa 10: Antrenamentul activ-interactiv

Această secvenţă a terapiei este orientată înspre dislocarea „deprinderilor disociative", respectiv înlocuirea acestora cu atitudini de „asociere" cu mediul relevant pentru persoană. Alladin defineşte prin *„disocierepasivă"* acea raportare tipică a persoanelor afectate de depresie - asemănătoare de altfel cu cea întâlnită şi la nevrotici - prin care acestea îşi reduc la minimumul necesar interacţiunile cu mediul exterior, dar şi cu cel interior. Consecinţa disocierii pasive o reprezintă tendinţa unei ancorări stabile în ..realitatea interioară", reprezentată de schemele negative şi de sentimentele sincretice asociate. Tocmai datorită disocierii poate rămâne

persoana depresivă impenetrabilă fată de acele informaţii - fie ele din exterior sau din interior - care i-ar putea invalida prezumţiile disfuncjionalc. Obiectivul terapeutic constă în substituirea acestei atitudini cu una care poate fi caracterizată ca *„interacţiune activă"* cu informaţiile relevante din mediul intern şi extern, ceea ce implică receptivitate optimă faţă de stimuli şi capacitatea de a fi racordat la „realitatea conceptuală", adică aceea care prinde contur nu din schemele distorsionate, ci pe baza datelor furnizate neîntrerupt de interacţiunea cu mediul interior şi cel exterior. Disocierea pasivă inhibă procesele care ar permite o confruntare

cu *proba realităţii (reality (esting),* în timp ce interacţiunea activă favorizează corectare.. neîntreruptă a imaginii pe care o formăm despre lume şi noi înşine.

Măsurile care vizează prevenirea sau diminuarea disocierii pasive includ următoarele (I) conştientizarea funcţionării acestui mecanism; (2) mobilizarea activă în vedere;. inhibării fenomenului, prin comutarea atenţiei alocată cogniţiiloT negative (aşa-numiteie *„ancore negative")* ; şi (3) îndreptarea activă a atenţiei asupra elementelor relevante aC realităţii conceptuale. Demersurile pot fi definite şi ca un proces de angajare activă [A] emisferului stâng, impunând persoanei sa gândească analitic, logic, realist şi sintactic

Şedinţa 11: Antrenamentul abilităţilor sociale

Implicarea unui deficit al abilităţilor sociale în dezvoltarea şi menţinerea depresiei a fost susţinută în primul rând de Lewinsohn şi colaboratorii săi, încă de la începutul anilor '70. Mai recent, Joiner (1997) şi-a propus verificarea ipotezei conform căreia timiditatea ar constitui un factor generator de vulnerabilitate faţă de depresie în absenţa suportului social. In conformitate cu aceeaşi ipoteză, singurătatea ar media relaţia dintre timiditate şi accentuarea depresiei. Studiul efectuat de Joiner confirmă această ipoteză S-a demonstrat, totodată, că efectul este specific siitiptomelor depresive, deci nu se face simţit în cazul afectelor negative în general. Actualitatea tezei ce afirmă contribuţia deficitului interpcrsonal la geneza depresiei este ilustrată şi de relativ recenta lucrare a lui Dill şi Anderson (1999). Autorii citaţi prezintă depresia ca fiind un important mediator interpersonal între factorii cauzali şi depresie. Mulţi dintre factorii de risc intcrpersonali, ca de exemplu reducerea la tăcere, subordonarea involuntară, timiditatea. precum şi absenţa schemei de relaţie, ar putea contribui la dezvoltarea singurătăţii, care la rândul ei ar atrage după sine creşterea vulnerabilităţii faţă de depresie. Astfel. singurătatea ar funcţiona ca mediator între toţi aceşti factori de risc şi simptomele depresive. Chiar dacă ipoteza emisă iniţial de către Lewinsohn şi colaboratorii a stârnit multe controverse - de exemplu este dificil să se demonstreze că deficitul abilităţilor sociale cauzează, într-adevăr, depresia şi nu este doar un grup de simptome asociat acesteia - corelaţia puternic semnificativă dintre cele două variabile este atestată de un număr impresionant de cercetări empirice. Williams (1992, p. 19) sumarizeaza rezultatele mai multor studii efectuate în accsl domeniu, concluzionând următoarele:

- persoanele depresive alienează interlocutorii cu care inleracţionează;
- respingerea generată este mai puternică în cazul interacţiunii cu persoane de sex opus;
- cel puţin o parte a acestui efect ar putea fi mediată prin emoţiile negative induse în interlocutor;
- aparent, elementele generatoare de tulburări emoţionale şi alienare la interlocutor ar fi menţionarea unor probleme personale în contextul blamării propriei persoane şi a deznădejdii.

Prin prisma constatărilor de mai sus, credem că eforturile depuse în vederea ameliorării abilităţilor de relaţionare ale persoanelor afectate de depresie sunt pe deplin justificate, cel puţin în cazul acelor clienţi, care în mod evident se confruntă cu dificultăţi de integrare în relaţiile interpersonale sau care sunt lipsiţi de suportul social atât de necesar, mai ales în acele perioade ale existenţei umane, care favorizează dezvoltarea stărilor de criză şi a depresiei. Atragem însă atenţia asupra faptului - sesizat de altfel

imr-o paranteză chiar de către Alladin - că este foarte probabil ca o singură şedinţă dedicată dezvoltării acestor abilităţi să se dovedească insuficientă, în aceste cazuri impunându-se alocarea unui timp mai consistent pentru realizarea acestui obiectiv terapeutic sau chiar includerea clientului într-un program structural de antrenament al abilităţilor sociale şi/sau de comunicare. O altă soluţie - propusă de autor - ar consta în recomandarea unor surse bibliografice, pe baza cărora clientul să-şi poată dezvolta de unul singur deprinderile sociale. în ceea ce ne priveşte, suntem relativ sceptici în ceea ce priveşte sorţii de izbândă ai unui astfel de demers în cazul persoanelor afectate de depresie, justificat doar de încadrarea cu orice preţ în limita celor 12 şedinţe prestabilite, chiar cu preţul nerezolvării uncia dintre cele mai importante probleme ale clientului. Credem, mai degrabă, că unica soluţie cu adevărat viabilă - şi deci terapeutică - constă, in aceste cazuri, in alocarea unui număr suplimentar de şedinţe, până la atingerea unui nivel satisfăcător al abilităţilor în cauză.

Şedinţa 12 : Vizualizarea scopului ideal şi antrenamentul pentru confruntarea cu realitatea

Constituie în mod efectiv ultima secvenţă a programului hipnoterapeutic propus de Alladin, care urmăreşte în egala măsură ameliorarea stimei de sine a clientului, întărirea achiziţiilor terapeutice şi motivarea clientului pentru transferul acestor achiziţii în viaţa sa de zi cu zi. In acest scop, clientul este invitat să-şi imagineze obiective atrăgătoare, dar în acelaşi timp realiste, să se reprezinte recurgând la strategii adecvate şi angre- nându-se în acţiuni concrete pentru realizarea acestora. Această proiecţie în viitor cu repetiţie se realizează cu maximum de eficienţă în cadrul unei transe uşoare.

Şedinţele de urmărire

Sunt menite să asiste clientul, atât în eforturile depuse pentru rezolvarea problemelor într-un context extraterapeutic, cât şi în cele necesare pentru desprinderea treptată de mediul protector oferit de relaţia terapeutică. Obiectul acestor şedinţe, dintre care cea dintâi este fixată de regulă la* lună (sau la trei luni) după ultima şedinţă terapeutică, îl constituie discutarea progreselor înregistrate de client, întărirea acestora, analizarea dificultăţilor întâmpinate şi examinarea posibilelor soluţii pentru surmontarea acestora, respectiv - poate cel mai important dintre obiectivele propuse - întărirea sentimentului de competenţă al persoanei.

Autorul subliniază faptul că, deşi programul este proiectat pentru 12 şedinţe, în cazurile în care clientul îşi exprimă preferinţa - sau nevoia - de a beneficia de un număr fie mai mic, fie mai mare de întâlniri, este recomandabil ca terapeutul să ţină seama de aceste

doleanţe şi să-şi modifice planul terapeutic pentru a se putea conforma.

Concluzii

în tabelul 3 prezentăm câteva dintre cele mai recente rezultate înregistrate în domeniul tratamentului hipnoterapeutic al depresiei.

O primă observaţie în acest sens ar fi aceea că, după cum se poate remarca şi din acest tabel, numărul studiilor clinice efectuate în domeniul hipnoterapiei depresiei este semnificativ mai redus decât al celor dedicate tratamentului prin hipnoză al anxietăţii sau al durerii.

în al doilea rând, deşi rezultatele publicate sunt în general pozitive, studiile care le-au produs pot fi contestate pe considerente de ordin metodologic, ceea ce limitează semnificativ generalizam'litatea lor. Astfel, adoptând o poziţie pertinentă, putem aprecia mai degrabă ca promiţătoare - fn special prin prisma datelor furnizate de experienţa clinică - posibilitatea abordării hipnoterapeutice a depresiei.

în condiţiile date, hipnoterapia stărilor distimice se poate argumenta în primul rând prin eficienţa demonstrată în domeniul tratamentului depresiei de către terapiile cognitiv- - comportamentale, de care cel mai frecvent se asociază. în acest sens, este semnificativ faptul că, în majoritatea studiilor, terapiile cognitiv-comportamentale s-au dovedit a fi cel puţin egale - dacă nu chiar superioare - medicaţiei antidepresive (Hirshfeld şi Shea, 2000). Rămâne în continuare de demonstrat plusul de eficienţă asigurat prin adăugarea hipnozei la terapia cognitiv-comportamentalâ propriu-zisâ a persoanei depresive. Rezultatele lui McMaster (1996), respectiv Besteiro şi Garcia (2000) sunt încurajatoare în acest sens.

în încheiere, am dori să menţionăm o recomandare formulată de Spiegel şi colab. (2000) care atrag atenţia asupra faptului că este recomandabil ca hipnoterapia persoanelor depresive sa fie rezervată unor clinicieni cu experienţă, atât în domeniul terapiei, în general, cât şi al hipnozei, în particular. Autorii îşi motivează avertismentul prin faptul că intensificarea dispoziţiei emoţionale negative, generată de intervenţia hipnotică, poate creşte în aşa măsură potenţialul suicidar al acestor clienţi, încât să-şi pună în practică înclinaţia. Un alt aspect care trebuie avut în vedere este acela că, în tratamentul persoanelor depresive se impune acordarea unei atenţii sporite modului în care clienţii în cauză prelucrează dificultăţile cu care inevitabil anumite sarcini hipnoterapeutice îi confruntă. Doar astfel se poate evita ca aceste nereuşite, practic nesemnificative, să constituie materia primă pentru întărirea sentimentelor de neputinţă şi de pierdere a speranţelor.

3. Antrenamentul hipnotic al sistemului imunitar (SI)*

Unul dintre cele mai promiţătoare domenii de aplicare a hipnozei clinice in slujba unor scopuri terapeutice şi/sau profilactice, îi reprezintă intervenţiile care vizează antrenamentul sistemului imunitar (SI). Deşi acest domeniu de aplicaţii prezintă o vechime de abia două decenii, el este în măsură să faciliteze înţelegerea multora dintre mecanismele activate de unele practici medicale a căror istorie se poate calcula în mii de ani. Cercetările şi practica clinică desfăşurate în acest domeniu elucidează, totodată, natura multora dintre relaţiile intuite de către teoreticienii medicinii psihosomatice.

Emoţiile - în special acelea care, asemeni anxietăţii şi depresiei,

se leagă de reacţia de stres - joacă un rol critic în reglarea echilibrului funcţiilor imunitare. Se cunoaşte acum că pesimismul, depresia, respectiv stresul provenit din confruntarea cu evenimente majore sau în egală măsură cu cele cotidiene, se asociază frecvent cu o activitate imunitară mai scăzută (Sarafino, 1992). Cercetările care vizează mecanismele ce mediază aceste influenţe aparţin obiectului noului domeniu interdisciplinar al psihoneuroimunologiei (PNI).

Coautor: Krisztina Gabriella Szabo.

Aceasta s-a dezvoltat în preajma anilor '80, o dată cu surprinzătoarea descoperire a faptului că sistemul imuni tar (SI) şi creierul comunică prin intermediul unui limbaj biochimic comun (Blalock, 1994),

O serie de date au relevat faptul că influenţa factorilor psihici asupra SI se produce prin intermediul axului pituitar-suprarenalian (Maier şi colab., 1994). Competenţa imuni tară este puternic influenţată de tendinţa dominantă a profilului hormonal al individului. Anumite variabile psihice ca stările prelungite de stres, sentimentele de neajutorare *(helplessness),* de deznădejde *(hopelessness),* respectiv trăirea doliului par să influenţeze negativ imunitatea prin intermediul acelor hormoni care sunt legaţi de aceşti factori psihici. Spre exemplu, se presupune că în mod special cortizolul influenţează maturarea şi activitatea limfocitelor T, respectiv a celulelor NK (Nichols, 1993). Konfrol şi colab. (1987), bunăoară, constată că pacienţii depresivi prezintă într-o proporţie de 40-50% o secreţie semnificativ crescută de cortizol (în medie dublă faţă de valorile normale). în acelaşi timp, autorii au găsit în cazul subiecţilor cu depresie acută, netrataţi medicamentos, o Teacţie de proliferare limfocitară la stimulare mitogenica semnificativ scăzută, precum şi o activitate mai redusă a celulelor NK (Lâzâr, 1991).

Până nu demult s-a considerat că mecanismele ce implică axa hipotalamus-hipofiză (glandă pituitară)-suprarenală ar constitui principalele căi prin intermediul cărora reacţia de stres poate influenţa imunitatea (Blalock, 1994). în prezent insă se presupune că există o relaţie mult mai directă între psihic, sistemul nervos central (SNC) şi respectiv SI. Pe de o parte, se cunosc acuin o serie de alţi hormoni implicaţi în reacţia de stres, care pot afecta negativ imunitatea. Pe de altă parte, o serie de cercetări recente, soldate cu descoperirea unor terminaţii nervoase în timus, ficat, respectiv în ganglionii limfatici sugerează posibilitatea reglajului direct exercitat de SNC asupra SI. De asemenea, s-a evidenţiat implicarea unei vaste reţele de neuropeptide, incluzând şi endorfinele, în comunicarea psihoneuroimunitară. Descoperirea tot de dată recentă a receptorilor specifici pentru anumiţi neurotransmiţători circulanţi pe suprafaţa leucocitelor susţine şi ea ipoieza Că aceste celule sunt capabile să recepţioneze şi să răspundă mesajelor SNC (Carson şi Butcher, 1992[A]

Un prim domeniu de aplicare a rezultatelor PNI îl reprezintă tratamentul bolnavilor de cancer. Cu toate că rolul SI în cancer rămâne încă un subiect controversat (Bovbjerg, 1990), există evidenţe care susţin implicarea mecanismelor miunitare în carcinogeneză, respectiv în evoluţia bolii. Cele mai multe studii şi-au îndreptai atenţia asupra rolului aşa-numitelor „celule ucigaşe" *(natural killer)* (NK) în cancer. Din categoria experimentelor care au demonstrat efectele antitumorale ale celulelor NK menţionăm pe cele ale lui Herbermaneî *al.* (1981) (citat de De Vries, 1997), Levy (1982, 1985, 1987) (citat de Holland, 1990), Ben-Eliyahu *et al.* (1991), respectiv Bonneau *et al.* (1991) (citat de Maier *et al.,* 1994).

PNI a deschis astfel o nouă perspectivă abordării influenţei factorilor psihosociali asupra carcinogenezei, respectiv asupra evoluţiei bolii, prin

prisma căreia SI este considerat o verigă ce intermediază efectele variabilelor psihice şi sociale asupra organismului. Elucidarea mecanismelor complexe prin intermediul cărora se realizează această comunicare bidirecţională între psihic, SNC şi imunitate rămâne în sarcina viitorului, PNI reprezentând un domeniu promiţător, care prin achiziţiile sale a trezit noi speranţe privind înţelegerea şi influenţarea acelor condiţii, care determină organismul să cedeze sau nu în faţa cancerului.

Efecte ale, unor intervenţii psihoterapeutice asupra SI

Cu toate că practica terapeutică a evidenţiat rezultate semnificative în privinţa influenţei pozitive a unor metode psihoterapeutice asupra *SI* şi implicit asupra evoluţiei bolnavilor (de exemplu, Simonton *et al-,* 1990), există relativ puţine studii riguroase în acest domeniu.

Un prim studiu de referinţă este cel al lui Kiecolt-Glaser *et al.* (1985) care au demonstrat posibilitatea stimulării unor parametri im unitari prin relaxare şi imagerie (vizualizare). Autorii au lucrat cu trei grupe de vârstnici având o etate medie de 75 de ani, cu autonomia păstrată şi cu o adaptare satisfăcătoare la condiţiile de viaţă. Subiecţii primului grup au beneficiat de şedinţe de relaxare şi imagerie de câte 45 minute, de trei ori pe săptămână, timp de o lună: subiecţii celui de-al doilea grup primeau vizita unui student (care „dorea să înveţe din experienţa vârstnicilor"), timp de o lună, de trei ori pe săptămână, câte 45 minute (pentru urmărirea efectului contactului social), iar în cazul celui de-al treilea grup nu s-a intervenit în nici un fel (grupul de control). S-au comparat valorile unor parametri imunitari la diferite date: înaintea experimentului, imediat după încheierea experimentului, respectiv la o lună după aceasta. Rezultatele au arătat intensificarea semnificativă a activităţii celulelor NK, precum şi scăderea semnificativă a litrului de anticorpi faţă de virusul herpetic la subiecţii din grupul cu relaxare şi imagerie, imediat post-experiment. în acelaşi timp, evaluările efectuate la o lună după încheierea experimentului au arătat revenirea parametrilor imunitari la valorile iniţiale (pre-experiment), astfel încât autorii au conchis că menţinerea imunostimulării implică necesitatea practicării continue a exerciţiilor de relaxare şi vizualizare (Bayes, 1988). într-o cercetare efectuată mai recent de Kiecolt-Glaser *el al.* (2001), 33 studenţi medicinişti au fost selecţionaţi pe baza susceptibilităţii hipnotice crescute. Jumătate dintre aceştia au participat la un program de antrenament prin relaxare hipnotică. Participanţii ia grupul de hipnoză au prezentat o deteriorare semnificativ scăzută a parametrilor imunologici, într-o perioadă stresantă (cu trei zile înaintea unui examen), în comparaţie cu membrii grupului de control.

Pennebaker *et al.* (1988) au demonstrat rolul proiectiv al relaţiilor interpersonale suporţivc faţă de influenţele negative ale stresului asupra SI. Autorii au pornit de la premisa că elementul esenţial ai unei relaţii suportive îl constituie posibilitatea împărtăşirii tară rezerve a sentimentelor *{self-disclosure).* Membrii grupului experimental au fost invitaţi sâ-şi descrie (în scris) trăirile $i sentimentele legate de una sau mai multe situaţii traumatizante, timp de 20 minute pe zi, 4 zile succesive, în timp ce membrii grupului de control au primit instrucţiunea de a scrie despre evenimente banale, neutre din punct de vedere emoţional. Rezultatele au relevat o reactivitate limfocitară la stimularea mitogenicâ semnificativ superioară în cazul grupului experimental. De asemeni, membrii grupului experimental au solicitat consult medical pentru diverse probleme de sănătate cu o frecvenţă lunară medie

semnificativ mai redusă faţă de media grupului de control, ulterior acestui experiment (Kulcsâr, 1993). Date convergente au fost evidenţiate şi de Murray *et al.* (1989) (Kiecolt-Glaser, 1992).

Fawzy *et al.* (1990. 1993) au demonstrat intensificarea activităţii celulelor NK la acei pacienţi neoplazici care au beneficiat şi de psihoterapie de grup, faţă de pacienţii grupului de control, care au urmat doar tratamentul medical obişnuit. Autorii au atras atenţia asupra faptului că intensificarea activităţii celulelor NK a corelat cu ameliorarea simptomelor depresive şi anxioase (Mcrmeistein *et al.,* 1992).

într-un studiu mai recent, riguros controlat, Walker *ei al.* (1997) prezintă efectele relaxării şi imageriei dirijate asupra SI, în cazul unui lot de paciente cu cancer mamar avansat. Tratamentul medical a fost identic pentru toţi subiecţii şi a constat în 6 cicluri de chimioterapie, la intervale de câte 3 săptămâni, urmată de intervenţia chirurgicală (radicală sau conservatoare) şi radioterapie. Valorile parametrilor imunitari au fost evaluate după cum urmează: pre-terapeutic, înaintea primului, celui de-al doilea, al patrulea, al şaselea tratament chimioterapie, pre- şi post-operator şi la patru, respectiv 12 săptămâni post-radioterapie. Parametrii imunitari urmăriţi au fost: activitatea celulelor NK şi LAK (celule Killer activate de limfokine), interleukinele 1,2,4,6, TNF-a (factorul de necroză (umorală - a), producţia de interferon gamma şi profilele CD.

Pacientele au fost rugate să practice relaxarea şi imageria cel puţin o dată pe zi, în timpul chimioterapiei şi să noteze detaliat experienţele lor legate de aceste exerciţii. Pacientele din grupul de control au beneficiat de un nivel ridicat al suportului social, inclusiv din partea personalului medical al instituţiei.

La evaluarea finală (12 săptămâni după radioterapie) pacientele din lotul experimental au prezentat o activitate crescută a celulelor LAK, faţă de cele din grupul de control. Cu toate că la această data nu s-au relevat diferenţe semnificative ale activităţii celulelor NK între cele două grupe, în cadrul grupului experimental frecvenţa practicării relaxării şi calitatea imageriei (apreciată de către paciente) a corelat semnificativ cu activitatea celulelor NK (coeficienţii parţiali de corelaţie fiind .365 şi respectiv .521, la $p < .05$). în plus, in cazul pacientelor care au practicat aceste exerciţii de cel puţin două ori pe zi în perioadele de chimioterapie, s-a evidenţiat o activitate mai intensă a celulelor NK în acea perioadă (în ciuda bine cunoscutelor efecte imunosupresive ale citostaticelor). Repetatele evaluări ANOVA şi ANCOVA au arătat că pacientele din grupul experimental au prezentat un număr mai mare de CD25 (limfocite T activate), atât în număr absolut cât şi în procente ; de asemenea, tot la aceste bolnave s-a evidenţiat şi un procent mai ridicat de CD2 (respectiv valori mai reduse ale TNF-a circulant (Walker şi colab., 1997).

Ilustrând un alt domeniu de aplicabilitate a PNI, studiul lui Gill (2001) a avut ca obiect efectul unui tratament ce a constat în audierea zilnică a unor casete ce conţineau intervenţii hipnotice de orientare ericksoniană, de către subiecţi seropozitivi HIV. Casetele conţineau sugestii directe şi indirecte pentru eliberarea de stres, metafore ale vindecării, intervenţii care vizau mobilizarea *copiiig-u|ui* activ şi a resurselor personale pentru confruntarea cu provocările cotidiene. Cei 40 de subiecţi seropozitivi, aflaţi în evidenţa unui centru de boli infecţioase, au fost împărţiţi aleator în două grupuri, cei din „grupul de intervenJie' beneficiind de tratamentul descris, iar cei din „grupul de control" participând doar la investigaţii. Subiecţii, care raportau audierea frecventă a casetelor, au prezentat o scădere a titrului antiviral, în comparaţie cu grupul de control, în timp ce la acei membri ai grupului de intervenţie, care nu audiau decât rareori casetele, s-au înregistrat valori crescute. în concluzie, se poate afirma că intervenţia hipnotică poate fi eficientă doar în cazul subiecţilor motivaţi puternic pentru vindecare, în timp

ce lipsa de angajament în propriul tratament antrenează consecinţe negative.

Trecând în revistă rezultatele a 85 de studii dedicate eficienţei intervenţiilor psihologice asupra sistemului imunitar, Miller şi Cohen (2001) identifică doar dovezi modeste care să ateste efectul acestor eforturi. Totuşi, rezultatele cele mai consistente sunt cele înregistrate de recursul la hipnoză, respectiv la tehnici de condiţionare. Olness (1999), apreciază la rândul ei, că hipnoza ar putea deveni un imunomodulator voluntar important, dar consideră în acelaşi timp, că este nevoie de o susţinere empirică mai solidă a acestei speranţe.

Antrenamentul sistemului imunitar

Respectând buna tradiţie a programelor de modificare cognitiv-comportamentală, cele destinate antrenamentului sistemului imunitar, rulate în contextul unei terapii individuale sau în cel al activităţilor de grup, accentuează importanta facilitării accesului participanţilor la informaţiile ştiinţifice relevante. In acest context, clientul este informat asupra importanţei şi funcţiilor sistemului imunitar, a rolului stresului şi a stărilor emoţionale în modularea răspunsului imunitar, respectiv a imaginaţiei dirijate în fortificarea acestui mecanism natural de apărare al organismului în faţa diferiţilor agenţi patogeni. Sunt folosite în vederea realizării acestor obiective toate canalele posibile: expuneri, lecturi, casete audio şi video. în această fază este importantă monitorizarea modului în care informaţiile recepţionate sunt prelucrate de către participanţi. Impactul acestor informaţii este amplificat de exemple concrete, luate din practica clinică a terapeutului, din care participanţii pot afla despre rezultatele înregistrate de alte persoane prin recursul la metoda pe care urmează să o însuşească.

Havens şi Walters (1989) au elaborat o metaforă pentqj întărirea răspunsului sistemului imunitar la infecţii, intitulată *„Temuteleprotectoare".* Apreciem ca utilă prezentarea acestei metafore ca primă secvenţă a antrenamentului hipnoterapeutic propriu-zis al sistemului imunitar, ea putând fi urmată de exerciţiile de imagerie ţintite, care vizează distrugerea şi înlăturarea din organism a celulelor bolnave.

„Există un copac în Africa cure se află într-o relaţie deosebită cu o specie anume de termite. Termitele îşi consumă întreaga existenţă trăindpe acest copac. îşi construiesc cuibul din frunzele sale, beau doar din seva pe care o produce şi o secretă copacul şi nu mănâncă decât micile boabe (fructe) ce cresc pe copac. Ele nu părăsesc niciodată copacul pentru că el produce şi le oferă tot ceea ce le este necesar.

Şi această termită este singura insectă care trăieşte pe acest copac. Ori de câte ori o altă insectă încearcă să se târască pe copac sau să aterizeze pefrunzele lui, sentinelele termitelor declanşează alarma şi toate termitele se adună in fugă. Ele atacă invadatorii şifie îi alungă, fie îi distrug şi astfel ele apără copacul de orice intruşi care l-ar putea ataca sau chiar distruge. Ele salvează copacul şi copacul, la rândul lui, ie salvează.

*Există numeroase alte exemple în lumea largă, în care fiinţe minuscule le protejează pe cele mari de invadatorii periculoşi. Şi, în fiecare din cazuri, ele par a fi deosebit de atente la tot ceea ce ar putea fi dăunător, aşa că ele sesizează de îndată ce se iveşte ceva periculos şi ştiu de îndată unde se iveşte neregula şi ştiu şi care este problema, astfel încât potface ceva pentru a o elimina sau a o rezolva, exact aşa cum omul care sesizează o jenă în picior şi se concentrează asupra ei va putea găsi explicaţia şi va scăpa de pietricica din pantof şi atâta timp cât nimic nu împiedică acest lucru, omul va urmări îndeaproape cum reacţionează organismul şi va amplifica această reacţie, aşa cum amplifică zgomotul motorului pentru a auzi unde s-a produs dereglajul şi va lăsa organismul să se îngrijească de sine cu aceeaşi preocupar responsabilă (binefăcătoare) cu care termitele acelea au grijă de copac, ca de la sine şifără încetare sărind să întreprindă cele necesare pentru a proteja şi a vindeca " **(după Havens si Walters, 1989, p. 132).***

Următorul exerciţiu, recomandat de Simonton *el al.* (1980), este probabil cel mai cunoscut, în domeniul influenţării eficienţei sistemului imunitar, datorită rezultatelor spectaculoase obţinute de autorii săi în cadrul unei clinici de

oncologie din Statele Unite. In conceperea acestor exerciţii, oncologul Cari O. Simonton şi psihoterapeutul Stephanie Matthews-Simonlon au pornit de la observarea acelor bolnavi neoplazici, aflaţi în stadiul

terminal, care depăşeau cu mult durata de viaţa prognosticată de către medicii lor curanţi. Astfel, cercetătorii au reuşit să evidenţieze în cazul acestor bolnavi, pe de o parte, existenţa unui motiv extrem de puternic pentru a trăi, iar pe de alta, reprezentarea imaginativă a bătăliei pe care o purtau cu boala care le periclita existenţa. Din aceste observaţii, s-a născut ideea de a-i selecţiona pe acei bolnavi de cancer, care erau suficient de motivaţi pentru a se angaja eficient în tratament şi de elabora pentru uzul lor un program psihologic care combină relaxarea musculară progresivă cu exerciţiile de imagerie mentală, în cadrul cărora îşi pot reprezenta distrugerea celulelor bolnave (canceroase) de către limfocite. Programul conceput de autori - lucru extrem de important - nu ca o alternativă la tratamentele tradiţionale, ci ca o intervenţie psihologică menită să potenţeze efectul chemo- şi radioterapiei, respectiv a intervenţiilor chirurgicale, prin întărirea sistemului imunitar, a permis obţinerea unor rezultate spectaculoase. Astfel, s-a estimat că rata de supravieţuire a bolnavilor trataţi în clinica soţilor Simonton era de două ori mai marc decât cea prezentată de pacienţii internaţi în cele mai apreciate servicii de oncologie din Statele Unite, respectiv de trei ori mai mare decât media naţională (desigur, lot americană).

Vă prezentăm în continuare exerciţiul propus de autorii metodei, aşa cum este descris în cartea *Getting WellAgain.* Se recomandă practicarea exerciţiilor zilnic, de trei ori, în condiţiile înregistrării prealabile a textului pe o casetă audio.

„Alege pentru acest exerciţiu o încăpere liniştită, iluminată plăcut. închide uşa şi insta- leazăte confortabil într-un fotoliu/pe un scaun. După ce ai găsit poziţia cea mai confortabilă, închide ochii.

Concentrează-ţi acum atenţia asupra respiraţiei.

Respiră de câteva ori profund: în timp ce expiri, încet, spune in gând: «Mă relaxez».

Concentrează-ţi atenţia asuprafeţei pentru a simţi orice încordare din musculaturafeţei şi din ochi. Imaginează-ţi această încordare... îţi poţi reprezenta un arc comprimat... sau un elastic întins... sau poate o mână strânsă în pumn... Iar acum imaginează-ţi cum te relaxezi- • • plăcut... ca arcul eliberat deforţa care îl comprima... sau ca elasticul care zace inert pejos...

Poţi simţi cum faţa şi ochii ţi se relaxează... şi cum valulplăcut al relaxării... al destinderii ţi se răspândeşte în tot corţaţl...

Strânge pleoapele cât poţi de tare... Simte încordarea muşchilorfeţei în jurul ochilor... Imaginează-ţi arcul comprimat sau pumnul strâns... Şi relaxează din nou musculatura fetei... Simte cum relaxarea dizolvă încordarea de mai înainte, răspândindu-se în tot corpul...

Repetă acest procedeu şi în cazul celorlalte segmente ale corpului. Coboară încet, fără grabă... Continuă cu maxilarul... cu gâtul... cu umerii... cu spatele... cu braţele... cu antebraţele... cu mâinile... cu pieptul... cu abdomenul... cu coapsele... cu picioarele... cu labele picioarelor... până când tot corpulţi se relaxează. • • Imaginează-ţi în cazulfiecărui segment di corp încordarea... şi reprezintă-ţi mai apoi destinderea, relaxarea... Contractă mai întâi musculatura diferitelor segmente de corp... şi relaxează din nou muşchii.

După ce ţi-ai relaxat toţi muşchii, fiecare segment al corpului, rămâi aşa. în această plăcută stare de relaxare, timp de 2-3 minute.

iar acum imaginează-ţi boala (cancerul)... şi poţi face asta într-un mod cât mai apropiat de realitate sau la modul simbolic. Reprezintă-ţi-o/reprezintă-ţi-l ca pe ceva ce se compune din celule slabe şi dezorganizate. Adu-ţi aminte defaptul că organismul nostru distruge, în medie, mii de celule canceroase, pe parcursul unei vieţi.

Şi, în timp ce îţi reprezinţi cancerul, conştientizează faptul că, în vederea vindecării, sistemul tău imunitar trebuie să revină la starea sa normală, sănătoasă.

Dacă te afli sub tratament medical, imaginează-ţi acest tratament - într-un fel lesne de

înţeles pentru tine-. imaginează-ţi cum tratamentul pătrunde în corpul tău. Dacă este vorba de

radioterapie, îţi poţi reprezenta aceasta de exemplu sub forma unor fascicule de lumină compuse din milioane de gloanţe de energie, ce lovesc fiecare celulă canceroasă ce le iese in cale.

Celulele normale pot corecta orice fel de leziune potenţială pe care ar putea-o suferi, tnsă celulele canceroase nu pot face acest lucru, deoarece ele sunt slabe (pe acest fapt se bazează. de exemplu, radioterapia). Dacă te afli sub tratament medicamentos, imagineazâ-ti medicamentul, cum pătrunde în corpul tău, în circulaţia sanguină. Imaginează-fi medicamentul ca pe ceva ce acţionează ca o otravă. Celulele normale sunt inteligente si puternice ţi sunt în mică măsură atinse de otravă. In schimb, celulele canceroase sunt slabe şi foarte uşor de distrus. înghit otrava, sunt distruse si apoi eliminate din organism.

imaginează-fi globulele albe cum se adună în zonele atinse de cancer, recunosc celulele anormale şi le distrug. Globulele tale albe sunt foarte puternice şi agresive... Şi sunt şi foarte inteligente, pe deasupra. Nu există o concurenţă reală între ele şi celulele canceroase. Globulele albe câştigă bă ralia.

Imaginează-fi cum cancerul se micşorează, se reduce tot mai mult, tot mai mult. Vezi cum globulele albe transportă celulele distruse şi, trecând prin ficat şi rinichi, le elimină apoi din organism, împreună cu urina şi materiile fecale.

Acestea sunt aşteptările tale cu privire la ceea ce doreşti să se întâmple.

Continuă să-ţi imaginezi cum cancerul se micşorează iot mai mult şi mai mult, până ce dispare cu torul. _{*HK*}.

Te vezi având din ce în ce mai multă energie, vezi cum pofta de mâncare sporeşte şi ea, curn te poţi simţi din nou bine şi te poţi bucura de dragostea celor care te înconjoară, în timp ce cancerul «se topeşte» tot mai mult, până când dispare cu totul.

Dacă simţi undeva durere, oriunde în corp, imaginează-fi «armata» globulelor albe, cum se năpusteşte în zona dureroasă şi calmează durerea.

Oricare ar fi problema, dă organismului comanda de a se autovindeca. Imaginează-ţi cum corpul tău este din nou bine.

Te vezi fiind din nou bine, fără boală, ptinfă) de energie.

Imaginează'te atingându-ţi scopurile. Vezi cum sensul vieţii tale se împlineşte, cei dragi sunt bine, cum relaţiile tale cu cei din jur suni tot mai bogate.

Adu-ţi aminte de faptul că dacă ai un motiv puternic pentru însănătoşire, acest lucru chiar ajută vindecarea. De aceea, poţi folosi acest timp pentru a conştientiza care sunt lucrurile cele mai importante în viaţa la.

Iar acum te poţi felicita în gând pentru că ai participat activ la procesul propriei însănătoşiri. Imaginează-te cum faci acest exerciţiu de imagerie, foarte atent şi implicat, de trei ori pe z.i-

Pregăteşie-te acum pentru a deschide ochii şi pentru 0 percepe din nou încăperea în care te afli.

Deschide ochii acum şipregâteşte-te să-ţi reiei activităţile obişnuite" (după Simonton etal., 1980).

Condijiilc imagerici mentale eficiente

In vederea asigurării eficientei exercijiilor de imagerie, este necesar ca în reprezentarea celulelor albe, respectiv a celor canceroase, persoana să respecte următoarele principii:

1. Celulele neoplazice sunt slabe şi dezorganizate. Este important ca persoana să-şi reprezinte celulele canceroase ca fiind ceva moale, ceva ce poate fi strivit cu uşurinţă, asemeni unei chiftele sau caviarului,

spre exemplu.

2. Tratamentul este eficient şi foarte puternic. Imaginile mentale trebuie să poată transmite convingerea că tratamentul poale, cu certitudine, distruge cancerul. Imaginea este mai puternică dacă interacţiunea dintre tratament şi boală se produce deseori şi astfel, efectul terapiei asupra cancerului este vizibil şi mai uşor de conştientizat.

Dacă, de exemplu, pacientul îşi reprezintă cancerul ca un glob format din celule gri, tratamentul ar putea fi, de exemplu, un lichid gălbui sau verzui, ce pătrunde în acest glob, îl descompune şi reduce dimensiunile cancerului, astfel încât acesta să poată fi distrus cu uşurinţă de globulele albe.

3. **Celulele sănătoase îşi pot reveni cu uşurinţă în urma oricăror leziuni minore survenite pe parcursul tratamentului. Deoarece, de obicei, tratamentul anti- neoplazic afectează nu doar celulele maligne, ci şi pe cele sănătoase, pacientul trebuie să şi le reprezinte pe acestea din urmă atât de puternice, încât tratamentul le poate afecta doar în mică măsură, iar pe de altă parte, ca fiind capabile să repare orice astfel de daună minoră. Celulele neoplazice sunt distruse de tratament, deoarece, spre deosebire de celulele sănătoase, ele sunt slabe şi dezorganizate.**
4. **Celulele albe sunt foarte numeroase, mult mai numeroase decât celulele maligne. Celulele albe simbolizează procesul natural de autovindecarc al organismului (diferitele reacţii şi mecanisme imunitare). De aceea, imaginile mentale trebuie în aşa fel construite, încât ele să poată transmite mesajul unui raport de for(e inegal între globulele albe şi celulele neoplazice, net superior în favoarea primelor (celulele albe sunt mult mai numeroase şi mai puternice). De asemenea, deznodământul în favoarea forţelor organismului trebuie reprezentat în mod clar şi explicit, fără echivoc.**
5. **Celulele albe sunt foarte active şi eficiente, „gata de luptă", recunosc şi distrug cu repeziciune celulele maligne. Aşa cum s-a menţionat anterior, globulele albe simbolizează sistemul de apărare al organismului, acea parte a pacientului care îl sprijină în direcţia vindecării. De aceea, pacientul trebuie să le vizualizeze ca fiind inteligente, eficiente şi puternice, să şi le imagineze cum învinq celulele neoplazice, fără a lăsa nici un dubiu în această privinţă.**
6. **Celulele canceroase distruse sunt îndepărtate din organism într-un mod natural, normal. Procesul de eliminare a celulelor distruse este un proces întru totul firesc, ce nu necesită vreun efort deosebit sau vreo aptitudine magică. Prin reprezentarea acestui proces, practic comunicăm organismului nostru faptul că avem încredere în riîbdul său natural de funcţionare.**
7. **La sfârşitul exerciţiilor de imagerie, este bine ca persoana să se imagineze sănătoasă, eliberată de cancer. Această imagine reprezintă deznodământul dorit. Este important ca pacientul să-şi poată reprezenta organismul „curat" (eliberat de cancer), sănătos, plin de viaţă şi energie.**
8. **Persoana trebuie să se poată imagina atingându-şi scopurile, îroplinindu-şi sensul vieţii. Rolul acestei imagini este acela de**

a comunica organismului faptul că există motive temeinice pentru a rămâne în viaţă. Ea întăreşte încrederea în posibilitatea vindecării, precum şi atitudinea de implicare, de angajare în lucrurile vieţii.

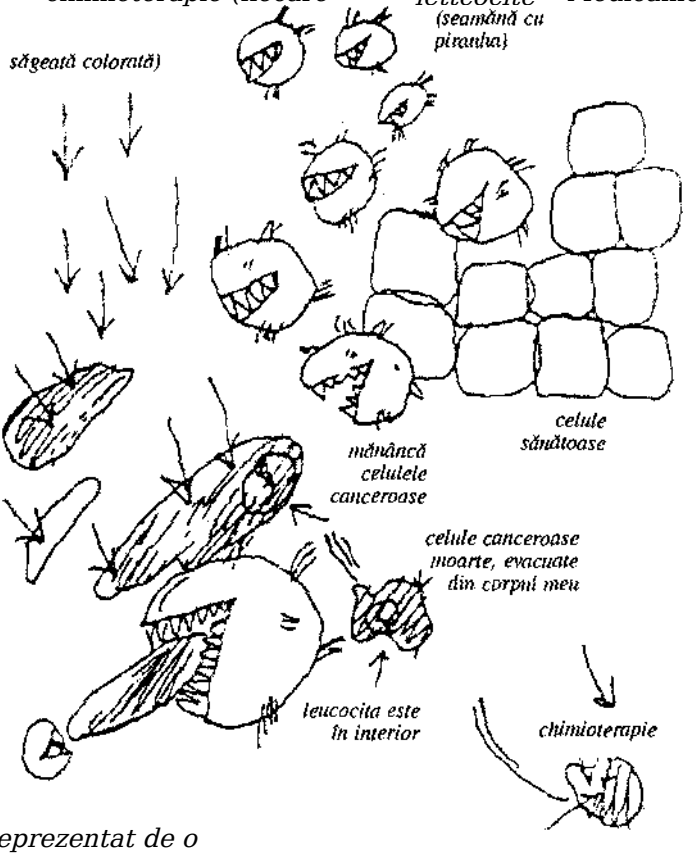
(Simonton <ff *al.,* 1990, pp. 114-115)

Un astfel de exemplu de imagerie eficientă este prezentat în figura 4. Pentru a ne asigura de eficienţa reprezentărilor clientului, autorii recomandă ca aceştia să deseneze cum îşi imaginează celulele albe, respectiv pe cele bolnave, astfel încât aceste reprezentări să poată fi analizate şi la nevoie ajustate.

Metoda propusă de Simonton *et al.* (1980) a fost aplicată pe scară largă şi de către Siegel (1990; 1993; 1995), rezultatele ei fiind apreciate de către autori precum

Capra (1982), Teegen (1983), Watzlawick (1993) sau Selby (1995). Elitzur şi Brenner (1987) au raportat adaptarea eficientă a metodei în tratamentul afecţiunilor virale ale pielii, iar Vargha (1991) a prezentat la prima Conferinţă Europeană a Psihoterapiilor de Relaxare propriile rezultate înregistrate în utilizarea tehnicii imageriei mentale în tratamentul verucilor la patru clienţi, intervenţia fiind încununată de succes in trei dintre cazuri. De pe urma antrenamentului sistemului imunitar, pot profita practic tot! bolnavii afectaţi de maladii în geneza şi evoluţia cărora mecanismele imunitare joacă un rol important. Un ultim domeniu în care aceste exerciţii - sau altele care vizează obiective similare - sunt aplicate, este cel al tratamentului bolnavilor de SIDA.

chimioterapie (fiecare *lettcocîte* *Medicament este*



reprezentat de o

*Figura **4.** Distrugerea celulelor canceroase de către leucocite şi chimioterapie tn reprezentarea unui bolnav de cancer (după Simonton **et al.,** 1980, p. 16Î)*

Subliniem încă o dată în încheiere faptul că, cel puţin până Ia ora actuală, perspectivele deschise de posibilitatea de a spori eficienta sistemului imunitar prin hipnoterapie, respectiv de a influenta astfel evoluţia unor boli grave, se situează mai degrabă în domeniul speranţelor - îndreptăţite, e drept, prin unele experienţe clinice - decât în cel al certitudinilor. Sunt chiar autori (de exemplu Sapolsky, 1994), care apreciază că prezentarea unor astfel de idei unor bolnavi de cancer ar fi chiar periculoasă, întrucât inocularea ideii că ar fi capabili să se vindece de cancer prin eforturi proprii le-sr putea

genera sentimente de vinovăţie în cazul în care eforturile nu le-ar fi răsplătite de ameliorarea stării lor. Considerăm că observaţia lui Sapoisky - un biolog cât se poate de deschis înspre interrelaţiile dintre factorii psihosociali şi fiziologici - trebuie interpretată ca un foarte pertinent avertisment, că instituirea acestor programe de antrenament al sistemului imunitar trebuie efectuată în condiţiile deplinei conştientizări a efectelor pe care intervenţia o poate avea asupra unor persoane oricum extrem de sensibilizate de impactul unei boli considerate în mod obişnuit ca deosebit de gravă. Metoda se adresează acelor bolnavi, care sunt foarte puternic motivaţi şi pentru care ideea de a exercita un control asupra stării proprii de sănătate nu este împovărătoare. în sfârşit, se cunoaşte faptul că speranţele sunt un aliat de nădejde al vindecării. Nu şi cele care se dovedesc în final a fi fost deşarte şi care dimpotrivă, agravează şi mai mult situaţia bolnavului. Aceste exerciţii e recomandabil deci să fie prezentate ca element complementar al terapiei, care poate contribui la ameliorarea situaţiei şi în nici un caz ca o intervenţie care - cu unica condiţie a complianţei adecvate a pacientului - garantează rezultatele scontate.

CAPITOLUL XII

Formarea hipno terapeuţilor

Formularea unor exigenţe de formare pentru psihoterapie, în general, şi pentru hipnoterapie, în special, se află de multă vreme în centrul preocupărilor societăţilor naţionale şi internaţionale ale profesioniştilor. Este de ajuns să evocăm în acest sens eforturile Federaţiei Române de Psihoterapie (F.R.P.) sau ale Asociaţiei Europene de Psihoterapie (A.E.P.). Este de la sine înţeles că, doar în condiţiile unei formări temeinice, bazate pe programe structurate adecvat, se pot însuşi acele competenţe, care pot asigura tratamentul eficient al clienţilor care solicită psihoterapie. Mai mult chiar, numai acei specialişti pot oferi suficiente garanţii pentru evitarea vătămării clienţilor lor prin practică necorespunzătoare, care au la bază o pregătire solidă pentru aplicarea unor metode fundamentate ştiinţific şi validate empiric. Stanley şi Burrows (1996) afirmă că majoritatea problemelor care rezultă din aplicarea hipnozei sunt întâmpinate atunci când practicianul are la bază o formare neadecvată sau doar minimă, sau atunci când este lipsit de abilităţile şi deprinderile clinice corespunzătoare. Nu întâmplător, există la ora actuală ţări europene (Austria, Elveţia, Ungaria) în care formarea pentru psihoterapie este legiferată, prevederile legale impunând o pregătire care însumează de regulă câteva mii de ore de teorie, formare experienţială, practică supervizată şi examinare finală a competenţelor, ce include şi redactarea unei lucrări de specialitate. Mai mult chiar, se preconizează chiar votarea unei legi europene a psihoterapiei de către Parlamentul European.

In ceea ce priveşte pregătirea hipnoterapeuţilor, aceasta caută să se supună la rândul ei acestor exigenţe, vizând atât pregătirea psihoterapeuticâ generală a candidaţilor, cât şi însuşirea cât mai temeinică de către aceştia a bazelor teoretice, principiilor strategice şi tehnicilor şi metodelor de intervenţie ale hipnoterapiei. Vă prezentăm în continuare câteva dintre opiniile unor specialişti din domeniu, pentru a ilustra eforturile depuse în vederea identificării celor mai adecvate modalităţi de formare pentru hipnoterapie.

Hammond (1996) pledează pentru utilitatea includerii în programul de formare al viitorilor hipnoterapeuţi a unor exerciţii experienţiale care cuprind inducerea transei, semnalizarea

ideomotorie, administrarea unor scale de susceptibilitate hipnotică, regresia de vârstă, familiarizarea cu impactul tehnicilor de aprofundare a transei, experimentarea catalepsiei şi a levilaţiei, a integrării zgomotelor din ambiantă etc.

Elkins şi Hammond (1998) au prelucrat rezultatele răspunsurilor la un chestionar care viza criteriile de formare pentru hipnoza clinică, primite de la 48 % dintre cei 242 de clinicieni, formatori şi cercetători de frunte chestionaţi. Respondenţii au estimat necesarul de ore de formare - adăugate formării de bază şi exigenţelor începerii unei practici clinice - în medie de 43,4 ore, două treimi dintre participanţi opinând totodată că este necesară şi o formare şi practică individuală, care ar adăuga în medie alte 28 ore.

Yapko *el al.* (1998) subliniază, la rândul lor, importanţa exerciţii lor practice in formarea pentru hipnoză, care vizează facilitarea realizării următoarelor cinci obiective : (a) dezvoltarea acuităţii senzoriale, (b) dezvoltarea flexibilităţii în formularea şi comunicarea sugestiilor, (c) însuşirea recursului la metodele naturaliste, (d) dezvoltarea abilităţilor necesare pentru practicarea recadrârilor terapeutice şi (e) învăţarea utilizării sugestiilor înlănţuite.

Apreciem ca demn de interes modelul de formare adoptat de Societatea Australiană de Hipnoză încă din anul 1985, care prescrie o formare academică şi clinică de doi ani. accesibilă specialiştilor licenţiaţi pentru practicarea profesiei lor, având ca obiect natura şi nuanţele hipnozei, dobândirea experienţei practice în aplicarea abordărilor directe şi indirecte şi managementul supervizat al unor cazuri clinice. La terminarea acestui program de formare, candidaţii sunt supuşi unei examinări în trei părţi a competenţei clinice. Candidaţii pot obţine recomandarea pentru practicarea hipnoterapiei doar în urma satisfacerii acestor criterii (după Stanley *ei al.,* 1998).

In România, formarea sistematică în domeniul hipnozei clinice a început din 1998 şi se desfăşoară sub egida Asociaţiei Române de Hipnoză Clinică, Relaxare şi Terapie Ericksoniană (A.R.H.T.E.), membră fondatoare a Federaţiei Române de Psihoterapie (F.R.R). Această asociaţie respectă reglementările Comisiei de acreditare profesională şi de competenţe a F.R.P. privind formarea profesională în domeniul psihoterapiei. Consemnăm în continuare standardele minime de certificare directă, individuală, pentru practica psihoterapeutică validate de F.R.P.

„In vederea asigurării nivelului necesar de competentă clinică şi în acord cu recomandările Federaţiei Europene de Psihoterapie, pentru a fi evaluat, în vederea certificării, un psiho- terapeut trebuie să îndeplinească următoarele condiţii;

- Absolvirea, cu diplomă de licenţă, a uneia dintre următoarele specialităţi universitare: medicină, psihologie, sociologie, asistenţă socială, pedagogie, psihopedagogie specială şi filozofie.
- Efectuarea unui minimum de ISO de orc de «cunoaştere personală» (psihoterapie de formare), specifică sau compatibilă cu metoda psihoterapeutică pentru care se doreşte certificarea.
- Parcurgerea a cel puţin 400 de ore de instruire teoretică în domeniul psihopatologiei şi al şcolii de psihoterapie alese.
- Efectuarea a cel puţin 200 de ore de supervizare, asupra practicii clinice psihoterapeutice a candidatului, desfăşurată prin aplicarea procedeului în care acesta solicită certificarea.
  a) în cazul unor metode *consacrate* de psihoterapie, pentru care asociaţiile internaţionale de profil nu includ, în procesul de formare, necesitatea unei psihoterapii personale (cx.: terapia comportainentat-cognitivă), cele 150 de ore de «cunoaştere personală», recomandate de către Federaţia Europeană de Psihoterapie, pot fi înlocuite, *cu avizul special al Comisiei,* printr-un număr egal de ore de activitate formativă, specifică metodei respective.

b) Atunci când programele de rezidenţial pentru medicii psihiatri sau unele programe universitare şi postuniversitare, din cadrul unor facultăţi de psihologie, asistenţă socială, sociologie, pedagogie, psihopedagogie specială sau filozofie, au oferit unor candidaţi, absolvenţi ai acestor cursuri, o parte din pregătirea teoretică necesară (dar nu mai mult de 200 de ore), din cele 400 de ore de instrucţie teoretică, poate lî redus numărul de ore de curs şi seminar, pe care aceşti candidaţi le-au frecventat şi le-au absolvit, în domeniul psihiatriei, psihopatologici, psihoterapiei sau chiar în cel al teoriei procedeului terapeutic, în care aceştia urmăresc să obţină certificarea. Echivalarea acestor

orc de pregătire teoretică şi scăderea lor din numărul minim necesar (400) va fi efectuata de către Comisia Profesională a F.R.P. sau de către comisiile de certificare ale asociaţiilor, pe baza unor documente oficiale, prezentate de către candidat. în anumite situaţii, se poate solicita candidatului prezentarea unei copii a cursului absolvit, în vederea verificării echivalentei conţinutului acestuia, cu necesităţile instrucţiei teoretice, specifice procedeului de psihoterapie pentru care candidatul doreşte certificarea."

în ceea ce priveşte formarea specifică în domeniul hipnozei clinice, ea respectă, în linii mari, domeniile abordate în această carte (autorii acestei cărţi sunt formatori acreditaţi de către F.R.P. şi membri fondatori ai A.R.H.T.E.), iar obiectivele formării vizează, în egală măsură, aspecte teoretice şi practice ale hipnoterapiei.

CAPITOLUL XIII

Supervizarea activităţii hipnoterapeutice[1]

Importanţa atribuită supervizării în procesul formării pentru psihoterapie poate fi documentată fără dificultăţi. Astfel, elaborând standardele pentru atribuirea Certificatului European de Psihoterapie, van Deurzen şi Tantam (1997) includ printre cele patru elemente considerate obligatorii pentru formarea psihoterapeuţilor *formarea practică" {„practicai training"),* în privinţa căreia menţionează că „aceasta va include suficienţa practică, desfăşurată sub supervizare continuă, adecvată metodei psihoterapeutice şi având o durată de cel puţin un an" (p. 96). La rândul lui, Consiliul pentru Psihoterapie al Regatului Unit (U.K.CP.) precizează în documentul ce stipulează criteriile dezvoltării profesionale continue că la baza activităţii psihoterapeutice se afla *„practica reflectivă " („reflectivepractice"),* care este, la rândul ei, facilitată de supervizare şi de consultarea profesională. Documentul afirmă că dezvoltarea abilităţilor în cadrul supervizării clinice trebuie considerată ca o formă a dezvoltării profesionale valide şi prin urmare ea trebuie asigurată prin politici organizaţionale ale organizaţiilor membre (U.K.C.P., 1999).

Se constituie într-un veritabil paradox faptul că, în timp ce practic fiecare şcoală sau orientare psihoterapeutică rezervă supervizării un spaţiu privilegiat în cadrul formării viitorilor terapeuţi, majoritatea dintre ele elaborând chiar o metodologie şi standarde proprii pentru această activitate, literatura de specialitate consacrată domeniului este extrem de săracă în comparaţie mai ales cu miile de volume ce prezintă diferitele teorii ale schimbării, principiile teoretice care fundamentează intervenţiile terapeutice încadra- bile în diferitele metode ori care descriu multitudinea tehnicilor şi metodelor terapeutice. Se poate afirma chiar, cel puţin din acest punct de vedere, că supervizarea ar fi o veritabilă „Cenuşăreasă" a psihoterapiei. Este semnificativ în acest sens faptul că tocmai această lipsă a unor manuale de supervizare este reclamată de mai multe studii recente (Watkins, 1998; Milne & James, 2000; Alonso, 2000).

Pe de altă parte, problema supervizării în psihoterapie este departe de a fi una clară. Nu numai că modalităţile de a efectua supervizarea diferă

1 Coautori: Liana Don, Krisztina Gabriella Szabo.

CAPITOLUL XIV

practic de la o metodă la alta, dar se constată că nu există un consens între autori nici în ceea ce priveşte definiţia supervizării, nici în cea a obiectivelor vizate de această practică. Considerăm că, în aceste condiţii, o apropiere a poziţiilor faţă de răspunsurile la întrebări de genul „Ce este supervizarea?", „Care sunt obiectivele supervizării?" sau „Cum se poate documenta activitatea de supervizare ? " dobândesc o importanţă deosebită.

Pentru o definiţie a supervizării

Trecând în revistă mai multe lucrări considerate de referinţă, printre care cele semnate de Haley (1988), Gilbert (1978), Bergin şi Lambert (1978), Wfolberg (1954), Mead (1990) etc. identifică cinci elemente-cheie ale definirii supervizării. Astfel, supervizarea ne apare ca intervenţia (a) unui terapeut cu experienţă, (b) menită să asigure starea de bine a pacienţilor, (c) prin monitorizarea performanţei unui terapeut lipsit de experienţă, (d) in munca cu pacienţi reali, intr-un cadru clinic, (e) cu scopul de a modifica astfel conduita terapeutului Începător, încât aceasta să devină asemănătoare celei prestată de un terapeut exemplar. Criteriul de la punctul (d), deci faptul că supervizarea reprezintă *o* intervenţie desfăşurată în legătură cu o terapie „reală", ar constitui după Mead elementul diferenţiator între această activitate şi formarea ca psihoterapeut, poziţie cu care nu putem fi de acord, atât timp cât supervizarea este considerată o componentă importantă a formării. Este de la sine înţeles că supervizarea nu poate constitui un echivalent al procesului de formare ca întreg şi nu îşi găseşte locul în primele secvenţe ale acestuia, dar reprezintă o etapă indispensabilă a fazelor avansate ale pregătirii pentru psihoterapie. Autorul citat neagă, totodată, că supervizarea ar constitui o terapie a terapeutului. Această afirmaţie este cu atât mai surprinzătoare, cu cât însuşi Mead recunoaşte, cu numai câteva pagini mai încolo, că supervizarea ar viza eliberarea terapeuţilor începători de anxietatea produsă de lipsa de organizare ori de insuficienta integrare a variatelor tehnici şi modele teoretice.

Pentru Bernard şi Goodyear supervizarea este în esenţă „o relaţie intensivă, focusată interpersonal, menită să înlesnească dezvoltarea competenţei persoanei supervizate" (citaţi de Milne şi James, 2000, pp. 111-112). Printre funcţiile supervizării pot fi enumerate facilitarea însuşirii de către supervizat a unor abilităţi care asigură conceptualizarea adecvată a cazurilor avute în tratament, dibăcia tehnică sau stabilirea unor relaţii terapeutice satisfăcătoare, respectiv promovarea dezvoltării profesionale a terapeutului supus supervizării. După Wampold şi Holloway (citaţi de aceiaşi Milne şi James), cea mai importantă dintre funcţiile supervizării este aceea de a asigura furnizarea unei terapii eficiente, în condiţii de securitate maximă, clientului.

Aplicând modelul grupurilor Bâlint asupra supervizării şi parafrazând obiectivul fundamental al acestora, putem afirma că supervizarea ar urmări conturarea unui *diagnostic al relaţiei terapeutice.* Un astfel de diagnostic ar trebui să includă, înainte de toate, dinamica şi structura relaţiei dintre terapeut şi pacient, inclusiv implicaţiile ei transferenţiale

şi contratransferenţiate. Luban-Plozza (1986) accentuează importanţa acelor nevoi ale pacientului, care contribuie la dezvoltarea problemei sale, reţinând următoarele puncte:

1. terapeutul să identifice nevoile pacientului;
2. terapeutul să Înţeleagă semnificaţia acestor nevoi, atât pentru pacient, cât şi pentru el însuşi;
3. terapeutul să cântărească dacă şi sub ce formă îi comunică pacientului constatările şi presupoziţiile sale.

Obiectivele supervizării

Un prim punct de vedere asupra obiectivelor supervizării este cel al lui Casement (1999). Terapeuţii începători, arată autorul, lucrând cu primii pacienţi, dispun încă de resurse limitate: de ceea ce ştiu din teorie şi de ceea ce au trăit pe parcursul analizei lor personale. Ei mai ştiu câte ceva şi despre munca altora, precum şi ceea ce au învăţat din prezentările de caz la care au participat în cadrul seminariilor parcurse. în realitate însă, singura experienţă autentică cu privire la rolul de terapeut a celor în formare este aceea pe care au trăit-o adesea în cadrul exerciţiului unei alte discipline, ca medici, psihiatri, dascăli, asistenţi sociali. Uneori, atunci când presiunea exercitată de către pacient este mare, tentaţia de a reveni la modurile anterioare, familiare, de funcţionare poate deveni foarte puternică. Acest lucru poate fi împiedicat doar prin însuşirea noii atitudini la un asemenea nivel care nu este accesibil în totalitate terapeutului începător. De aceea, atunci când terapeuţii în formare îşi încep munca terapeutică, în condiţiile supervizării, sarcina fundamentală a supervizorului în această fază incipientă a practicii clinice este aceea de a-1 susţine pe terapeut, în timp ce acesta învaţă să-1 susţină analitic pe pacient. Supervizorul conferă un fel de control, securizând legătura analitică, atât pentru terapeut, cât şi pentru pacient şi respectiv ajungând la înţelegerea şi evaluarea materialului pacientului. Prin aceasta se pun bazele muncii autonome de mai târziu. La început, terapeuţii în formare se sprijină în mare parte pe sfaturile şi observaţiile supervizorului, a cărui funcţionare se integrează cu timpul în munca cu pacientul. Uneori însă începătorii pot avea mai mult timp nevoia de a se „crampona" de elementele ideilor împrumutate.

tn al doilea rând, arată Casement (1999), terapeuţii trebuie să îşi elaboreze pe parcursul supervizării capacitatea de a reacţiona spontan în timpul şedinţelor terapeutice, cu ajutorul supervizorului internalizat. Astfel, ei învaţă să se analizeze deopotrivă pe ei înşişi, cât şi pe pacienţi, utilizând pentru aceasta insula observării intelectuale ca pe o posibilitate mentală ce permite începerea activităţii supervizorului intern.

în sfârşit, Casement consideră că ar fi ideal ca la terminarea formării, procesul supervizării să devină un jîialog între supervizorul extern şi cel intern. Prin aceasta, terapeuţii vor reuşi să atingă acea calitate a funcţionării autonome care pe baza formării parcurse este de aşteptat din partea lor.

Apreciind că activităţile etichetate ca supervizare nu sunt unitare, nici din punct de vedere metodologic, nici din cel conceptual, Szonyi şi Fiiredi (2000) constată că ele pot urmări obiective multiple. Cele mai importante dintre acestea ar viza asistenţa acordată terapeutului în vederea:

- consilierii şi îndrumării lui;
- evidenţierii greşelilor comise, respectiv a motivelor care stau la baza blocării procesului terapeutic;

- sesizării aspectelor care scapă scrutinului său;
- împărţirii dificultăţilor, grijilor sau anxietâţilor sale, contribuind astfel la lărgirea spectrului său perceptiv şi de acţiune;
- prelucrării sentimentelor sale legate de pacient sau de terapie;
- modificării atitudinilor sale faţă de pacienţi şi de terapie.

După cum rezultă şi din această listă, unele activităţi cu profil de supervizare se concentrează asupra strategiei terapeutice, pe când altele se constituie într-o veritabilă

terapie a terapeutului, ale cărui conflicte personale nerezolvatc riscă să interfereze cu procesul terapeutic. Putem identifica printre obiectivele propuse, unele care reclamă o asistenţă mai degrabă didactică, în timp ce altele presupun o analiză temeinică a trăirilor terapeutului.

In aceste condiţii este dificil de apreciat care dintre aceste scopuri vizate de supervizare sau activităţi specifice ar merita o atenţie preferenţială. Dincolo de accentele ce diferă de ia o orientare sau alta, în condiţiile în care marea majoritate a terapeuţilor se declară de orientare eclectică (Huber, 1997; Dafinoiu, 2000), considerăm că elementul ce ar putea servi drept criteriu al determinării focusului şedinţei de supervizare ar trebui să fie reprezentat de nevoile - exprimate deschis sau doar deductibile - ale terapeutului, respectiv ale procesului terapeutic în desfăşurare. Pe parcursul unei intervenţii prestate de către un psihoterapeut cu insuficientă experienţă clinică, pot apărea momente în care supervizarea poate contribui, înainte de toate, la elaborarea unei strategii mai eficiente, în timp ce într-o altă etapă a tratamentului, se impune mai degrabă confruntarea terapeutului cu reacţia sa contratransferenţială. Chiar dacă supervizarea este considerată ca o componentă a formării ca terapeut, nu trebuie uitat nici o clipă că ea se realizează în contextul unei intervenţii psiholerapeutice autenlHce. Astfel, supervizorul trebuie să-şi asume în egală măsură responsabilitatea pentru formarea viitorului terapeut, dar şi cea pentru bunul mers al terapiei şi, implicit, pentru maximalizarea şanselor persoanei pacientului de a beneficia de o intervenţie cu adevărat eficientă.

Considerente practice

O primă întrebare de ordin tehnic se referă Ia persoana abilitată pentru a efectua supervizarea psihotcrapeuţilor începători. Din acest punct de vedere este evident că nu orice terapeut format este capabil să-şi asiste mai tinerii colegi în eforturile lor de a străbate distanţa ce-i separă de prestaţia „terapeutului exemplar" invocat de definiţia lui Mead (1990). Este de la sine înţeles că numai un terapeut cu experienţă clinică de mai mulţi ani şi care a făcut dovada faptului că are o viziune clară, strategică asupra procesului terapeutic, poate tinde spre asumarea acestui rol.

A doua problemă tehnică, poate cea mai dificilă de soluţionat de o manieră satisfăcătoare, se referă la modalitatea concretă a înregistrării şedinţelor terapeutice. în condiţiile în care supervizorul este nevoii să se pronunţe asupra unor intervenţii terapeutice *„in absentia"* şi *„in effigie",* importanţa acestui aspect este deosebită. Este indiscutabil că, din punctul de vedere al fidelităţii redării celor întâmplate într-o şedinţă terapeutică, înregistrările video sau audio sunt superioare celorlalte forme de conservare. Acestea redau, e drept, fără distorsiuni atât conţinuturile discuţiilor, cât şi succesiunea cronologică a diferitelor secvenţe ale intervenţiei, reţinând şi multe din aspectele metacomunicaţionale ale discuţiei (pauze, inflexiuni ale vocii, gesturi etc). Utilizarea lor nu este însă lipsită de probleme. Printre acestea se cuvine să amintim faptul că reluarea unor şedinţe terapeutice în întregime este considerată, în general, neproductivă, supervizarea propu- nându-şi mai

degrabă să-şi focalizeze atenţia asupra unor momente-cheie ale intervenţiei. Mulţi supervizori reclamă şi faptul că aceste înregistrări ar abate atenţia de la reflectarea subiectivă de către terapeut a celor întâmplate pe parcursul şedinţei (Szonyi şi Furedi, 2000). Nu în ultimă instanţă trebuie să luăm în considerare şi faptul că înregistrarea riscă să denatureze derularea naturală a discuţiei, mai afectaţi fiind de prezenţa microfonului

ori a camerei video chiar terapeuţii. O altă modalitate care şi-a dovedit eficienţa este cea utilizată în supervizarea şedinţelor de psihodramă, în care se practică jocul de rol pentru reconstituirea momentelor cheie ale şedinţelor terapeutice.

In Anexa 9 supunem atenţiei formularul unui protocol utilizat pentru supervizarea şedinţelor de psihoterapie, propus de Mead (1990), care apreciem că, fără a fi lipsit de elemente perfectibile, ar putea fi acceptat ca modalitate standard de prezentare a materialului terapeutic.

Un alt aspect de ordin tehnic, vizează monitorizarea gândirii strategice a terapeutului, Considerăm că, indiferent de orientarea teoretică a terapeutului sau a supervizorului, supervizarea trebuie să contribuie ta o perfecţionare a raţionamentului strategic al psihoterapeutului în formare, astfel încât acesta să devină capabil în orice moment al intervenţiei sale să aibă o imagine clară asupra relaţiei intime dintre obiectivele generale ale tratamentului, nevoile de moment ale pacientului şi demersul său imediat.

Un ultim aspect, asupra căruia dorim să insistăm, este unul semnalat de documentul asupra dezvoltării profesionale continue, elaborat de către U.K.CP. (1999). Se arată în acest îndrumător, că dezvoltarea profesională implică reflectarea activă asupra experienţei de o manieră ce-i permite individului să precizeze ce anume s-a învăţat sau s-a reconfirmat. Din punct de vedere practic, aceasta înseamnă că dezvoltarea terapeutului în formare, care are loc ca rezultat al supervizării trebuie să poată fi documentată, respectiv verificată într-un fel. Aceasta înseamnă că individul trebuie să fie capabil să descrie ce s-a întâmplat şi să specifice, cel puţin în parte, ce s-a învăţat, astfel încât aceste progrese să poată fi înţelese de către o altă persoană informată. Realizarea acestui deziderat implică două premise: pe de o parte, o claritate a obiectivelor supervizării, iar pe de alta, asigurarea că terapeutul a înţeles la rândul lui, raţiunea unei anume intervenţii a supervizorului.

încheiere

Suntem conştienţi de faptul că ideile expuse în acest capitol sunt departe de a fi putut atinge totalitatea problemelor ridicate de practica supervizării. Credem însă că ele se pot constitui într-o invitaţie la discuţia lansată tuturor specialiştilor implicaţi în formare şi supervizare, astfel încât într-un final, să se ajungă la elaborarea de către Comisia profesională a Federaţiei Române de Psihoterapie a unor principii metodologice privind supervizarea care să fundamenteze această practică desfăşurată sub egida asociaţiei naţionale.

l*Autori,;aiii|§	3$MiiHi£Hgi	%SSM&kl&Z-	" Rezultate
Allen, 1998	10, împărţiţi în 2 grupe, tulburare de anxietate generalizată	- terapie cognidv-com- portamentală, hipnoza şi *tiofeedback(G|,* N = 5) - fără tratament (G2, N = 5)	» reducerea semnificativă a anxietăţii stare la Gl. La 4 dintre subiecţi s-au înregistrat scoruri post-test sub nivelul grupului normativ . •. -menţinerea nivelelor clinice ale anxietăţii
Fâb'ân4i Fabîan,	23,Jmpărpp în 2,; •• ' grupe.'anxieate stomatologică"'-	v hipnoza«31, N=:15) - lărăSralamenl (G2, N=8)	• frecvenţă semnificativ mai mare a ocurenţei analgeziei spontane la Gl comparativ cu G2 • absenţa scăderii semnificative a amneziei spontane la Gl in comparaţie, cu G2 absenţa unei creşteri semnificative a frecvenţei
Fabian srFabian, 1998	12(30,5Sa) ; pacienţi stomatologici cu fobie de ace .	tiipnosâ combinată cu, anestezie locală.	• reducerea anxietăţii:.. lipsa>oncă- rui disconfort la 8 pacierti,.'nive)- < moderat ai disconfortului Ia 3 păci- - enţi şi producerea de colaps la un
Farrfljf, 199'8	l.(F,9a) llama de a înnopta in	hipnoză ca adjuvant al terapiei	• • depăşirea temerii
ŞapsettiJidSţS "'_ ;,K	*	terapie cognitivă, urmată de desensibi-iizare/^rt hipfioză si *in* • • «v») cu condiţionare	• reexpenenţierea în hipnoză a evenimentului de sensibilizare şi 'soluţionarea acestuia • atingerea obiectivului terapiei ,
Lorensini, 1998	l(F,32a) anxietate de performanţă	6 şedinţe de hipnoterapie	• prezentări orale în faţa colegilor
RobwB„JS?8..	|l (F, 14a) anxietate de separare si. fobie şcolară	hipnoză şi tehnici de terapie strategică de scurtă durată;- utilizarea. metalorelor, recadrare pozitivă, *traning***de** **relâxarftcu'sugeşţiide**	• eliminarea atacurilor de panici şi a durerilor de stomac, la;12 săptămâni de la intervenţie ţ 11 îmbunătăţirea prezenţei şcolare la un nivel de 9 0 % in următorul trimestru
Benotsch, 1999	233 pacienţi ce urmau proceduri radiologice. distribuiţi îri 3 grupe	• -îngrijire standard (Gl) - atenţie empatieă (G2) - intervenţie hipnotică	• afectivitatea negativă şrneurotl- cismul au efecte semnificative * asupra durerii şj anxietăţii declarate, cererii de medicaţie şi asupra •: satisfacţiei cu îngrijirea medicală • în Gl Ss cu neuroticism ridicat au solicitat mai mulce medicamente decât cei cu neuroticism scăzut ; •.... în G2 şi G3 nu s-a evidenţiat nici o relaţie. între neuroticism şi utilizarea de

Autori, anul	Subiecţi	Metoda	Rezultate
Ditrich, 1999	**1 (F..35 a) incapacitatea utilizării toaletelor publice, coşmaruri, migrene, insomnii, activităţi compulsive**	*Private Subamcious-intnd Ueating* **(3-4 • şedinţe) reevaluarea şi recadrarca conflictului intern copil-părintc**	**• îmbunătăţire semnificativă la 2 şi 5 luni după intervenţie • dispariţia ulterioară a majorităţii simpfomelor, dar persistenţa unei fluctuaţii a sentimentului de valoare**
Fox, Henderson, Barton, Champion, Rollin, Catalan, McCormack şi Gruzilier, 1999.	**20(23-64a)herpes : simplu genital recurent**	**hipnoterapie**	**• reducerea semnificativă a episoadelor de herpes însoţită de creşterea nr. de liinfocite CD3 şi CD8 • creşterea semnificativă a nr; de . celule NK ..**
Howsâm, 1999	**1 (B,ll a) insomnie, coşmaruri,, teroare nocturnă, teamă de întuneric (urmare a unei răniri grave)**	**hipnoză**	**• eliminarea insomniei, a coşmarurilor, a terorii nocturne şi a fricii de întuneric**
Liossi şi Halină, 1999	**30 (5-15a) pacienţi cu cancer, supuşi unui tratament prin aspirarea măduvei ososase**	**- hipnoză (Gl) - *iraining* cognitiv-com- portamcntal al abilităţilor de *coping* (G2) - nici o intervenţie (G3)**	**• nivele declarate mai scăzute ale durerii şi anxietăţii legate de durere în Gl şi G2 faţă de G3. raportat la propriul nivel de bază • eficienţă similară a hipnozei şi tro/rang-ului cognitiv-comportamen- tal în eliminarea durerii**
Lumsden, 1999	**1 (F, 48 a) PTSD**	**hipnoză utilizată după •nai multe şedinţe de terapie cognitiv-compor-tamentale; sugestii directe, reducere a nivelului de *arousal* şi de schimbare a patternului de evitare, expunere şi**	*** eficienţă ca adjuvant al terapiei cognitiv-comporta mentale**
O'Neill, Barnier ţi McConkey, 1999	**20 {media 40.85 a) subiecţi ce au solicitat tratament pentru stres, anxietate şi**	**- program de 28 zile incluzând autohipnozâ, respectiv relaxare**	**• eliminarea anxietăţii • sentiment al eficacităţii şi al schimbării cognitive şi fizice mai pronunţat în cazul autohipnozei comparativ cu**
Matsumoto, 1999	**29 (B, F,), studenţi şi absolvenţi de facultate. 2 grupe: anxietate ridicată (N=15),**	**- interviu - *Tsubo Imagery Psychoilterapy***	**» grupul cu anxietate ridicată a avut dificultăţi mai mari în evocarea imaginilor confortabile şi a celor confruntative. comparativ cu grupul cu**
Mauer, Bumett, Oul Ierte, Ironson şi Dandes, 1999	**60 {49 B şi 11 F) intervenţie chirurgicală a mâinii**	**- tratament uzual (G 1) - tratament uzual şi hipnoză (incluzând *Rapid Induciion of Analgesia script)* (G2)**	**• G2 a evidenţiat scăderi semnificative ale intensităţii durerii percepute şi a anxietăţii-stare • progresul evaluat de medici a fost .semnificativ mai mare in G2 comparăriv cu Gl • G2 a avut semnificativ mai**

Autori, antă		Metoda	;ᴬmmᴬᴬm&aimᴬm0F'
Stcggles, 1999	**2** (P, **54 a, 58 a)** paciente eu cancer ce **urinau ierapie cu** -	**hipnoza ca element esenţial al tratamentului** cognitiv^comportame	• **răspuns favorabil Ia: tratamentul psihologic.** • finalizarea terapiei de iradiere
Ffrench. 2000	**l(B,27ă) ; PTSD ••,.,**	hipnoză combinată cu **terapie cognitiv-compor- tamentală (8**	•••• **reintegrarea experienţei - traumatice .** • **eliminarea fragmentarii**
Takaishi, 2000	**- 93 (media 32.5a).,** pacieiiţi **psihiatrici cu** tulburare de anxietate. **distribuiţi în 2 grupe *-29* pacienţi pe lista de aşteptare - 19 subiecţi rteanxioşi**	**- *training* autogen, (G1;N=50).. - relaxare progresivă (G2;N=43.) Program cu aceeaşi** . durată (6 săptămâni), frecvenţă	• ’ **descreştere semnificativ mai mare a nivelului de prin training - autogen faţă de relaxarea progresivă** • ***irmning-ul* autogen este o metodă** de relaxare mai facilă decât **relaxarea progresivă pentru pacienţii cu tulburări de anxietate**
.Garyin, Trine, Morgan, 2001	**45 (media 21.5a) subiecţi sănătoşi**	**hipnoză, relaxare autogenă, odihnă**	• **reducerea semnificativă a anxietăţii şi â tensiunii în urina • fiecărei intervenţii** • **alterări tranzitorii ale inhalării de oxigen în timpul solicitărilor din** cadrul hipnozei •
.Uoulios',2'001	**1 (B), PTSD-**	hipnoză	• **depăşirea rezistenţei la tratament**
Moore, 2001	**l(F;24a) , PTSD.. .**	hipnoză	• **eliininarea/&M’?6ocĂ-uriIor, a** trăirilor de ncsiguranjă şi a **tulburărilor de somn • >** • recadrarea experieniei
Morgan, 2001	**1 (F, 26a). gravidă in luna a 9-a fobie de ace** şi proceduri medicale	**hipnoză de scurtă durată’ -**	• **eliminarea fobiei si a anxietăţii. ’’**
Morgan, 2001	**I (F, 47 a) fobie specifică, situaţio- nalâ. de a conduce sau a.**, fi pasagera într-un vehi cul cu motor	**hipnoză**	• **facilitarea desensibilizării.** • **amplificarea rezultatelor prin. introducerea elementelor de** implicare imaginativă . ... •.-,...•
Schreiber, 2001. ..	**3.(28.**59,**68**a) . • .•• teamă puternică **de zbor •**	**hipnoză . • • • •**	« **îmbunătăţirea atimdinii şi a comportamentului legate de zbor • menţinere rezultatelor la 2 ani dupăintervenţie • ’•**

Tabelul 3. Studii asupra eficientei hipnoterapieipersoanelor depresive

Autoriza	*w%w$ms®*sM*	. "g"jţMJâS[AA]tj	*r;Kiri-W- :,: '|* **Rezultat?**
McMaster, 1996	**l(B,19a) depresie majoră,-** - ideaţie suicidară	**intervenţie hipno-cogni- tiv-comportamentală**	**• eficientă a hipnozei ca adjuvant al abordărilor cognitive şi comportamentale**
McCloskey, **Kuroar 51** Pekala, 1999	**465 studenţi**	măsurători ale **susceptibilităţii hipnotice; . inventar al >**, .; . • fenoraeHOldgier	**• anhedonia fizică a prezentat o corelaţie negativă redusă,** dar **semnificativă cu hipnoţizabilitatea , < .< ,.** **• hipnoza a facilitat diminuarea**
Mcdd,.>19? 9 :	**1(B);** depresie, anxietate, **dureri musculare,** dr^ri;.^asmodic	hipnoză	**• depresie şi anxieta'e neglijabilă, dar numai în cursul hipnozei** **• reducere uşoară a tensiunii**
Pearce, 1999	**1 (B,27a)** anxietate de examen, depresie, nervozitate	intervenţie hipnotică şi vizualizare	**•' îmbunătăţirea treptata a condiţiei generale • calificarea în urina examenului**
Besteiro şi Garcia, 2000	**depresie majoră •**	*ţ* **terapie eognitiv-com-.. jsortamentală (Gl)** **- terapie cogiiîtiv-**comportamentalâ **combinată cu**	**• terapia cognitiv-compoitamcntală este mai eficientă când e aplicată în condiţii de hipnoză, decât asociată cu relaxarea saii. singură**
Degun,2001	PTSD cronic depresie severă .	***-•••eiapa. 1:°*** **stabilizar prin psihoeducaiie şi - abordare cognitiv-com:** portamentală cu hipnozi - ***etapa 2:*** **reprocesarea materialului traumatic** prin metode hipnotice si	**eliminareasimptomelor • recuperarea contactului social şi . emoţional cu familia şi prietenii.**
.0111/2001, "	40 **pacienţi nespitalizâţi seropozîayi toţpâiţifi. m 2 grupe .:•**	**- intervenţie hipnotică ertcksoniană incluzând audierjeajde . casete. hip» notiCe-(acestea cuphn deauWgestiiilirecte şi indirecte pentru eliberarea** de stres, metafore pentru însănătoşire, ***• ceping*** **activ şi utilizarea** resurselor interne in **confruntarea cu problemele cotidiene (CI)** **- doar evaluare (02).**	**• frecventa ascultării casetelor a corelat cu modificările titrului viral (r= -.50, p= .05). Ascultarea frecvenţă a redus titrul vital** **• • subiecţii cu.un nivel de bază mai ridicat al celulelor CD4 au evidenţiat reducerea . depresiei (r= -.44, p = .01). a oboselii " (r= -.35, p = 049), ă tulburării globale â dispoziţiei (r= -.40, p= .023)în mai mare măsură decât cei cu nr, scăzut de** celule CD4 **• subiecţii cate au redus depresia i/=. - .50, p< ,01), oboseala (r= -.35, p= .Q5>Şi** , . tulburarea globală de dispoziţie (r= **-.44, p= .01) au ayut tendinţa unui nr. mai mare de celule CD4 la post-test** **• s-a evidenţiat o relaţie puternic semnificativă între nivelul de bază al**

ANEXA 1

Inducerea rapidă a analgeziei hipnotice

(Joseph Barber, 1977)

Aş dori să-fl vorbesc câteva momente pentru a vedea dacă {i-ar plăcea să *te simţi* mai destins şi relaxat decât poţi să te simţi în mod obişnuit. Ţi-ar place să ie simţi mai destins decât eşti acum ?

Sunt foarte sigur că Ji se va părea că n-am făcut nimic, sg nu s-a întâmplat absolut nimic. Poţi să te sim|i puţin mai relaxat, dar mă îndoiesc că vei putea percepe alte schimbări. Mi-ar plăcea totuşi să observi dacă te surprinde ceva, indiferent de ceea ce poţi remarca. De acord, deci... cel mai bun mod de a începe să te simţi mai relaxat este pur şi simplu să începi prin a te aşeza imediat cât mai confortabil cu putinţă... haide, aşază-te în poziţia cea mai confortabilă cu putinţă... este bine- Acum, aş vrea să remarci cât de relaxat poţi să te simţi doar printr-o singură şi profundă inspiraţie. Haide... amplă, profundă, satisfăcătoare inspiraţie... Este bine. Poţi deja remarca cât de bine te simji... cum ţi se pare că umerii şi gâtul se încălzesc... Acum deci... mi-ar plăcea să inspiri profund de încă patru ori, inspiraţii profunde şi relaxante... şi, în timp ce fiecare inspiraţie este urmată de o respiraţie profundă, remarcă doar cât de relaxaţi pot deveni umerii... şi observă cum ochii ţi se par destinşi în timp ce se închid... şi atunci când se închid... lasă-i pur şi simplu să se închidă... Este bine aşa... observă acest lucru... şi remarcă de asemenea cum, în timp ce laşi să iasă aerul din plămâni, poţi resimţi această relaxare în care începi să te scufunzi...

Bine, este bine... acum, în timp ce continui să respiri confortabil... profund... regulat..., tot ceea ce aş dori să faci este să-ţi imaginezi... o scară. Imaginează-ţi doar o scară, indiferent ce fel de scară... cu 20 de trepte, iar ni pe treapta de sus... Nu este nevoie să vezi cele 20 de trepte în acelaşi timp, poţi vedea doar câteva din ele sau toată scara dintr-o dată, faci cum vrei... Este bine aşa... eşti pe treapta de sus a scării şi vezi treapta pe care stai şi, de asemenea, indiferent care este această treaptă... orice vezi este bine... Acum, în câteva momente, dar nu chiar imediat, voi începe să număr, clar şi cu voce tare, de ia 1 la 20 şi... aşa cum probabil âi ghicit deja... atunci când voi număra aş dori ca, după fiecare număr, să cobori câte o treaptă pe această scară.,. Să poţi să te vezi coborând, să te simţi coborând, coborând, treaptă cu treaptă, coborând câte o treaptă la fiecare număr pe care îl voi pronunţa. Tot ceea ce vei avea de făcut este să remarci, doar să remarci, să remarci că te sim(i mai destins şi mai relaxat, cu fiecare

ANEXA 1

treaptă, pe măsură ce cobori... câte o treaptă pentru fiecare număr pronunţat, cu cât numărul va fi mai mare cu atât te vei găsi mai jos pe scară... cu cât te vei găsi mai jos pe scară cu atât te vei simţi mai destins... o treaptă pentru fiecare număr.,, este bine aşa, poţi începe să te pregăteşti... Acum voi începe.

Unu... o treaptă către baza scării...

Doi... cobori acum pe a doua treaptă, este bine aşa...

Trei... cobori acum pe a treia treaptă... şi remarci poate, deja, că te simţi mai destins... Mă întreb dacă nu există părţi ale corpului tău pe care le simţi mai relaxate decât celelalte... poate că

umerii tăi se simt mai relaxaţi decât gâtul... poate că picioarele talc se simt mai relaxate decât braţele... nu ştiu nimic despre acest lucru şi asta nu arc într-adevăr nici o importanţă... ceea ce contează într-adevăr este să te simţi bine... să te simţi destins... asta contează...

Patru... cobori treapta a patra, simţi poate deja cum părţi din corpul tău încep să se relaxeze... Mă întreb dacă relaxarea profundă, greutatea apăsătoare pe care o simţi la nivelul frunţii nu începe să se extindă... ea coboară progresiv, îţi cuprinde ochii, faţa, gura, bărbia... alunecă şi-ţi cuprinde gâtul, profund, odihnitor, puternic... relaxarea.

Cinci... cinci trepte spre baza scării... un sfert de drum... ai coborât un sfert de scară şi începi deja, poate, cu siguranţă, să simţi într-adevăr şi să apreciezi relaxarea şi starea plăcută pe care le-ai obţinut...

Şase... cobori acum pe a şasea treaptă... şi începi poate să remarci că sunetele care te deranjau poate mai devreme se estompează progresiv... că toate sunetele pe care mai poţi încă percepe devin parte integrantă din impresia de destindere şi de stare plăcută... tot ceea ce poţi să mai percepi se integrează în experienţa ta în legătură cu starea de relaxare şi de bine...

Şapte... şapte trepte coborâte... Este bine aşa... poale că remarci faptul că senzaţia intensă de relaxare şi de bine se propagă în umeri şi în braţe... Mă întreb dacă n-ai remarcat că unul din braţe parc mai greu decât celălalt... poate că simţi braţul drept mai greu decât cel stâng... asta contează mai puţin... fii mulţumit că devii din ce în ce mai conştient de această senzaţie relaxantă de greutate şi de bine, de greutate sau poate de plutire... este o senzaţie de greutate sau de plutire"/... Cu siguranţă că eu nu ştiu acest lucru, dar nu arc nici o importanţă...

Opt... cobori acum pe treapta a opta... şi poate remarci că, pe măsură ce te relaxezi, inima ta pare că bate mai repede şi mai puternic decât te-ai aşteptat... poate că observi înţepături în degete... poate că te surprind tresăririle pleoapelor...

Nouă... cobori acum treapta a noua, respiri confortabil, lent, profund... Te relaxezi şi remarci această greutate în care te scufunzi, în timp ce continui să percepi această senzaţie de relaxare profundă, apăsătoare, agreabilă care continuă să se extindă în tot corpul...

Zece... zece scări acurn?.. la mijlocul scării, întrebându-tc poate ce ţi se va mai întâmpla şi poate întrebându-te dacă într-adevăr ţi se va întâmpla ceva... şi totuşi, ştiind că asta n-are nici o importanţă, simţindu-te atât de plăcut relaxat şi liniştit, continuând doar să simţi relaxarea, cu senzaţiile sale de destindere, de bine, care continuă să se răspândească în tot corpul...

Unsprezece... cobori acum pe a unsprezecea treaptă... remarcând poate în ce măsură te simţi din ce în ce mai greu, din ce în ce mai destins, nu mai există nimic care să te deranjeze, nimic care să te tracaseze, în timp ce simţi că devii din ce în ce mai relaxat...

Doisprezece... Douăsprezece trepte coborâte... şi mă întreb dacă îţi dai seama în ce măsură poţi auzi cu uşurinţă sunetul vocii mele... în ce măsură poţi înţelege cu uşurinţă cuvintele pe care le rostesc... fără nici o greutate şi fără nici o grijă...

Treisprezece... cobori acum pe treapta a treisprezecea, simţind din ce în ce mai profund impresia unei adevărate plăceri care însoţeşte această destindere, această relaxare...

Paisprezece... cobori acum pe treapta a paisprezecea... remarcând probabil impresia de scufundare, agreabilă şi odihnitoare... corpul tău pare că se scufundă, profund, mai profund în fotoliu, fără nici o grijă, nimic nu te deranjează... fotoliul te susţine şi te învăluie cu căldura sa, confortabil...

Cincisprezece... cincisprezece trepte acum... trei sferturi din drum, din coborâre.,. profund.. din ce în ce mai profund destins... nu trebuie sâ faci nimic... doar să-ţi facă plăcere si să apreciez situaţia...

Şaisprezece... cobori acum pe cea dc-a şaisprezecea treaptă... întrebându-te poate ce vei simţ; atunci când vei fi la baza scării... şi totuşi, ştiind cât de mult te simţi din ce în ce mai pregătit sâ devii din acest moment din ce în ce mai profund relaxat... din ce în ce mai confortabil destins. ncavând nimic care să te deranjeze, sâ te distragă sau să te tracaseze.....

Şaptesprezece... cobori acum pe treapta a şaptesprezecea... din ce în ce mai aproape de baza scării, simţind poate cum îţi bate inima din ce în ce mai puternic, simţind probabil greutatea din braţe şi din picioare, care devine din ce în ce mai agreabilă... ştiind că nimic nu contează cu adevărat decât plăcerea pe care o obţii din această experienţă de relaxare binefăcătoare, neavând nimic care să te deranjeze sau sâ te distragă...

Optsprezece... cobori acum pe cea de-a optsprezecea treaptă... ai ajuns aproape la baza scării, nu mai ai nici griji nici necazuri, nimic care sâ te deranjeze sau să te distragă şi continui să cobori din ce în ce mai profund, din ce în ce mai profund relaxat... corpul greu... greu şi destins... comod şi relaxat... N-ai nimic special de tăcut, pe*«imem de mulţumit, de satisfăcut... doar să remarci cât de greu şi de relaxat te simţi, în ce măsură te poţi simţi bine şi poţi continua să simţi modul lent şi odihnitor, odihnitor, odihnitor şi agreabil în care continui sâ respiri...

Nouăsprezece... nouăsprezece trepte coborâte... aproape ai ajuns la baza scării... nimic nu te tracasează, nu te deranjează... în timp ce te simţi din ce în ce mai bine, din ce în ce mai relaxat. din ce în ce mai odihnit... din ce în ce mai bine... doar atent... şi acum...

Douăzeci... este baza scării... profund, profund relaxat... şi această relaxare se aprofundează încă cu fiecare inspiraţie... în timp ce-ţi vorbesc câteva momente despre un fenomen despre care ştii destule lucruri... este vorba de a-ţi aminti şi a uita... ştii destule lucruri despre aceasta, deoarece sunt fenomene la care recurgem în mod regulat... îţi aduci aminte de fiecare moment al fiecărei rile... şi apoi uiţi ca să poţi să-ţi aminteşti altceva... nu poţi să-ţi aduci aminte totul, totul deodată, aşa că lasă câteva amintiri să se întoarcă liniştit în profunzimile spiritului tău... Mă întreb, de exemplu, dacă îţi aduci aminte ce ai mâncat ieri la micul dejun... pariez că efortul pentru a regăsi această amintire este prea mare, deşi această amintire este acolo... acolo... undeva, îngropată profund în străfundul spiritului tău... nu-i nevoie să-ţi aminteşti, aşa cum nu-ţi vei aminti... şi mă întreb dacă vei fi mulţumit să constaţi că lucrurile despre care vorbim astăzi. în timp ce ochii îţi sunt închişi, îţi vor reveni în memorie mâine sau poate poimâine... sau poate peste o săptămână... mă întreb dacă vei decide să laşi amintirea acestor lucruri să se odihnească liniştit în profunzimea spiritului tău... sau dacă ţi le vei reaminti gradat, puţin câte puţin... sau poate deodată, fiind încă acolo, într-un colţ al spiritului tău... poate vei avea surpriza sâ descoperi că sala de aşteptare a dentistului tău este locul unde amintirile revin la suprafaţă... poate că nu... poate că vei remarca că este mai plăcut să-ţi aminteşti într-o altă zi despre tot ceea ce s-a întâmplat... asta n-arc importanţă... n-are deloc importanţă... orice a-i face, dacă totuşi alegi sâ ţi le reaminteşti... este bine... absolut natural... acest lucru n-are nici o importanţa... că-ţi vei reaminti deodată sau gradual... complet sau doar parţial... sau că vei lăsa această amintire sâ se odihnească liniştit şi confortabil într-un colţ ascuns al memoriei... acest lucru nu contează deloc... şi, de asemenea, mă întreb dacă vei remarca că te vei simţi surprins

să constaţi în ce măsură vizita ta aici, astăzi, este mai plăcută şt mai agreabilă decât ţi-ai putut imagina... Mă întreb dacă vei remarca spre marea ta surpriză... că nu mai simţi nici o altă senzaţie... poate te vei simţi intrigat de această impresie surprinzătoare... curiozitate... surpriză...

Mă întreb dacă vei fi mulţumit sâ constaţi acest lucru astăzi... şi în oricare altă zi... de fiecare dată când îţi vei sprijini din nou capul pe scaunul dentistului... când îţi vei simţi capul odihnindu-se...

îţi vei reaminti în ce măsură te simţi bine şi destins astăzi... şi vei resimţi din nou aceeaşi impresie... şi te vei simţi chiar mai destins şi relaxat decât acum... destins... relaxat... nimic care să te tracaseze, nimic care să te deranjeze... mă întreb dacă îţi vei reaminti de asemenea de starea de bine şi de relaxare, doar privind lumina de deasupra capului tău... poate această stare de bine şi această relaxare ar putea reapărea, rapid şi în mod automat, cu orice ocazie în care a-i fi pe punctul de a te aşeza în acest scaun... nu ştiu exact cum ţi se va părea... Ştiu doar, aşa cum probabil ştii şi tu, că această stare va reapărea, spre marea ta surpriză, mai agreabilă încă, mai relaxantă încă, mai odihnitoare decât poţi să-ţi imaginezi... nu vei avea nici o grijă, nici o problemă... Orice ai putea să percepi sau să remarci va face parte din senzaţia ta de confort, de bine, de repaos, de repaos absolut şi de relaxare... orice lucru pe care ai putea să-l percepi poate face parte din impresia de mare confort şi bine absolut... şi vreau să-ţi aduci aminte că, de fiecare dată când iţi voi atinge umărul drept, aşa ca acum... de fiecare dată când acest lucru se va întâmpla, şi doar atunci când se va întâmpla... de fiecare dată când îţi voi atinge umărul drept aşa ca acum... vei simţi o senzaţie particulară.;, impresia că eşti pregătit şi gata să faci ceva... de iîecare dată când îţi voi atinge umărul drept, aşa ca acum... vei avea impresia că eşti pregătii să-ţi închizi ochii... poate impresia că eşti gata să te relaxezi mai puternic, că nu este nimic care să te tracaseze, nimic care să te deranjeze... poate că eşti pregătit să faci ceva... acest lucru n-are importanţă... nimic n-are într-adevăr importanţă decât impresia ta de confort, de bine, de relaxare... un confort profund, profund, de relaxare absolută... tară nici o grijă, nici o tracasare... este bine... şi acum, în timp ce continui să profiţi de starea de relaxare agreabilă şi confortabilă, mi-ar plăcea să remarci cât este de bine să te simţi astfel... să-ţi placă intr-adevăr această experienţă, să-ţi placă senzaţiile pe care le simte corpul tău... şi, la un moment dat, dar nu încă... nu înainte de a fi gata... dar la un moment dat, voi începe să număr de la 20 la unu... şi vei urca din nou treptele... o treaptă pentru fiecare număr... vei avea timpul de care ai nevoie... timpul este relativ până la urmă... te vei simţi pe cale de a urca din nou treptele lent şi într-un mod agreabil, o treaptă pentru fiecare număr pe care îl voi anunţa. Când voi ajunge la trei, ochii tăi vor fi gata să se deschidă... când voi ajunge la doi... ei vor fi deschişi... şi când voi ajunge la unu, vei fi ager, treaz, proaspăt şi vioi... poate ca si cum ai fi făcut o mică siestă... ager, revigorat, destins... şi, deşi destins şi relaxat te vei simţi ager... în plină formă... poate surprins... nu te grăbi, vei avea tot timpul, în timp ce urci din nou aceste trepte odihnitoare...

20... 19... 18... foarte bine, tocmai urci din nou treptele... pregătit să fii surprins, ştiind ceea ce ai mâncat ieri şi încă... If»... 16... 15... un sfert de drum, din ce in ce mai repede... 14... 13... 12... 11., .10... eşti la mijlocul drumului... din ce în ce mai repede... destins, dar din ce în ce mai repede... 9...8...7...6...5...4...3... este foarte bine... 2...şi 1... este foarte bine... eşti cu desăvârşire treaz, ager, relaxat, proaspăt şi vioi... Este foarte bine.

Cum te simţi? Relaxat? Destins?

ANEXA 2

Scala de imaginaţie creatoare Wilson-Barber

Aspecte ale sugestîbilităţii în starea de

veghe Instructaj introductiv

Scopul acestui exerciţiu este sâ determine capacitatea voastră de a vă transpune în diferite situaţii. Testul se adresează îndeosebi imaginaţiei voastre.

Vă vom prezenta imediat 10 situaţii posibile pe care va trebui să vi Ie imaginaţi ca şi cum ar fi reale. în final vrem să verificăm gradul în care veţi reuşi să vă transpuneri efectiv în situaţiile concrete sugerate.

Nu există rezultate bune sau rele, există grade diferite de transpunere.

Singurul lucru pe care vi-1 cerem este sâ liji foarte atenţi, foarte serioşi, pentru că altfel nu reuşim să realizăm, nici noi nici voi, obiectivul propus.

1. **Greutatea braţului**

Lăsări-vâ conduşi de aceste instrucţiuni şi veţi simţi că oranj) şi mâna voastră sunt grele. închideri, vă rog, ochii şi întindeţi braţul stâng în faţă, la înălţimea umerilor cu palma în sus. Acum închipuiti-vă că pe palma întinsă este pus un dicţionar foarte greu. Imaginaţi-vâ realmente greutatea dicţionarului. Este suficient să vă gândiţi la greutatea acestei cărţi foarte groase şi o sâ simţiţi cum vă apasă în jos. Concentraţi-vâ la dicţionarul mare şi greu simţind cum apare senzaţia de greutate.

Acum gândiţi-vă că un al doilea dicţionar, mare şi greu, este plasat deasupra primului dicţionar, observaţi cât de greu îi vine braţului vostru să susţină dicţionarele. Susţineţi dicţionarele, gândindu-vă la greutatea volumelor şi observaţi cum braţul vostru devine tot mai greu, rezistând apăsării.

Imaginaţi-vă cum un al treilea dicţionar, marc şi greu, se adaugă celorlalte şi că braţul devine şi mai greu. Aveţi senzaţia că, realmente, ţineţi pe palma întinsă 3 dicţionare grele, iar braţul devine greu, din ce în ce mai greu, foarte greu (pauză 1' 10").

Acum, braţul şi palma voastră nu mai sunt grele. Coborâţi braţul şi relaxaţi-vă.

2. **Ridicarea mâinii**

Vâ rog să vă concentraţi asupra instrucţiunilor pe care vi Ic voi da în continuare. Veţi simţi cum braţul drept devine uşor, ridicându-sc (ară efort. Ţineţi ochii închişi şi întindeţi braftil Ia înălţimea umărului, cu palma în jos (cronometrare).

Acum, imaginaţi-vâ un furtun de grădină, cu un jet puternic de apă, care ţâşneşte spre palma întinsă împingând-o în sus. Gândiţi-vă la jetul puternic de apă şi vizualizaţi cum palma se ridică sub presiunea apei. Simţiţi şuvoiul de apă sus, tot mai sus. Un şuvoi puternic de apă vâ împinge mâna în sus, tot mai sus, vă ridică braţul şi palma din ce în ce mai sus, foarte sus (pauză 1 '10"). Acum, gândiţi-vă că tot ce s-a întâmplata fost în imaginaţia voastră. Lăsaţi brapil jos şi relaxati-1.

3. **Anestezia degetului**

în continuare concentrându-vă, vă puteţi provoca în degete o senzaţie de amorţeală. Puneţi deci mâna stânga pe genunchi, cu palma în sus. Ţineţi ochii închişi şi conccntraţi-vă intens asupra tuturor senzaţiilor apărute în degetele voastre (cronometrare).

încercaţi să vă imaginaţi că vi s-a injectat novocainâ în palma stângă şi simţiţi cum degetul mic începe să vă amorţească. Concentraţi-vă asupra degetului mic. Fiţi atenţi la fiecare senzaţie, la fiecare schimbare pe care novocainâ începe să o producă în degetul mic, cum aceasta pătrunde încet, încet în ţesuturi. Observaţi micile schimbări care fac ca degetul mic să devină mai amorţit, mai insensibil. Degetul mic amorţeşte pentru că vă gândiţi cum novocainâ circulă încet în interiorul lui. Acum imaginaţi-vă cum novocainâ intră în degetul inelar, Gândiţi-vă că degetul inelar devine din ce în ce mai insensibil, tot mai amorţit, simţiţi cum novocainâ îşi face efectul. Gândiţi-vă că cele două degete încep să semene din ce în ce mai mult cu două bucăţi de cauciuc care nu mai au nici o sensibilitate, urmărind în gând efectul novocainei care circulă tot mai repede, că degetele devin insensibile, şi mai insensibile...tot mai amorţite... amorţite... fără senzaţii. Continuaţi să vă gândiţi la faptul că degetele voastre sunt insensibile, amorţite, că nu aveţi nici o senzaţie când le atingeţi cu degetul mare al mâinii. Dacă aţi atinge cu degetul mare cele două degete, aţi remarca cât sunt de insensibile, de amorţite, tot mai amorţite... mai insensibile... amorţite... inerte... (pauză !' 10").

Acum spuneţi-vă că totul este în închipuirea voastră. Reîncepeţi să simţiţi normal. Cele două degete s-au dezmorţit. Relaxaţi-lc.

4. **Halucinaţia apei**

Ţineţi ochii închişi. Folosindu-vă imaginaţia, veţi trăi senzaţia de apă rece, răcoritoare (cronometrare).

Mai întâi închipuiţi-vă că aţi stat în soare foarte mult timp şi că vă este foarte sete, buzele sunt foarte uscate, sunteţi foarte însetat. Acum, închipuiţi-vă că sunteţi pe un munte, unde zăpada se topeşte, formând un şuvoi de apă curată şi rece. Cufundaţi o cană în acest şuvoi de apă de munte pentru a bea din apa rece şi răcoritoare. Gândiţi-vă că sorbiţi această apă şi observaţi cât este de plăcut să o simţiţi alunecând pe gât, rece, bună, plăcută. Simţiţi răcoarea ei, simţiţi cât este de bună apa pe care o beţi. Acum gândiţi-vă că aţi luat o altă înghiţitură pe care o simţiţi pe buze, în cerul gurii şi pe gât. Simţiţi cât este de proaspătă, răcoritoare şi bună; o nouă înghiţitură... atât de proaspătă... de rece... bună... Foarte bună şi răcoritoare. Imaginaţi-vă cum pătrunde în gură, pe gât, atât de bună, de rece şi plăcută... o reală plăcere! (pauză 1' 30").

5. **Halucinaţia olfactiv-gustativă**

Ţineţi ochii închişi. Imaginaţi-vă că simţiţi mirosul şi gustul unei portocale (cronometrare).

închipuiţi-vă că luaţi o portocală şi o curăţaţi. Creaţi imaginea portocalei, încercaţi să vă gândiţi cum o curăţaţi. Simţiţi şi vedeţi coaja, pulpa moale şi albă de sub coajă. Continuaţi să curăţaţi coaja, remarcaţi cât de frumoasă şi zemoasă este portocala. Simţiţi-i mirosul, gustaţi-i suculenta atingând-o cu buzele. Gândiţi-vă acum că

apucaţi cu degetele una sau două felii de portocală. Luaţi o felie de portocală şi muşcaţi cu poftă din ea. Simţiţi cât este de suculentă, zemoasă şi aromată. Imaginaţi-vă că muşcaţi o bucată mare, mare de tot. Simţiţi gustul şi mirosul portocalei şi remarcaţi cât este de delicioasă. Simţiţi cât este de bună, zemoasă, gustoasă. Este cea mai bună portocală, cea mai suculentă, cea mai zemoasă şi cea mai gustoasă. Simţiţi gustul şi mirosul portocalei, muşcând din nou din această zemoasă portocală (pauză 1' 30").

6. **Halucinaţia muzicii**

Ţineţi ochii închişi (cronometrare).

Amintiţi-vă acum de un moment în care aţi auzit o muzică vibrantă, minunată, amintiţi-vă... o puteţi auzi din nou mai încântătoare în mintea voastră... o puteţi trăi la fel de intens ca pe o muzică reală. Melodia devine tot mai puternică, se aude tot mai tare... penetrantă... afectându-vă profund. Este cea mai frumoasă, mai vibrantă, copleşitoare muzică pe care aţi auzit-o vreodată. Ascultaţi-o ca şi cum ar cânta în mintea voastră (pauza 45").

Reveniţi. Nu vă mai gândiţi la muzică.

7. Halucinaţia temperaturii

Ţineţi ochii închişi şi puneţi mâinile pe coapse, cu palmele în sus, într-o poziţie confortabilă. Concentraţi-vă şi vă veţi simţi palmele fierbinţi (cronometrare).

Imaginaţi-vă cum soarele străluceşte deasupra mâinilor voastre şi veţi simţi căldura. Gândiţi-vă la soarele care străluceşte cu putere, simţiţi cum căldura se intensifică. Simţiţi soarele tot mai fierbinte, simţit' căldura ce trece prin piele, încălzindu-vă mâinile.

Acum, gândiţi-vă că mâinile devin cu adevărat fierbinţi, chiar foarte fierbinţi. Simţiţi tot mai evident căldura pe mâini. Gândiţi-vă că soarele devine foarte, foarte fierbinte şi pătrunde în mâini. Mâinile devin tot mai fierbinţi. Spuneţi-vă: razele se intensifică... căldura se intensifică... se face tot mai fierbinte şi mai fierbinte. Simţiţi căldura pe piele. Simţiţi cum căldura pătrunde în piele şi, pe măsura ce razele soarelui se intensifică şi se concentrează tot mai mult, mâinile devin tot mai fierbinţi. Simţiţi cum mâinile devin tot mai fierbinţi de la căldura soarelui. Este un sentiment plăcut de căldură, ce vă pătrunde adânc în mâini... o căldură puternică vă cuprinde acum mâinile. Este o senzaţie de căldură plăcută şi puternică (pauză 1' 15").

Acum, spuneţi-vâ că totul este închipuire şi încercaţi să vă simţiţi din nou mâinile ca înainte, normal.

8. Deformarea timpului ***.

Ţineţi ochii închişi. Controlaţi-vă gândurile. Veţi putea face ca timpul să se scurgă încet, tot mai încet (mai departe se va citi progresiv, tot mai rar, prelungind cuvintele şi cu pauze de 2-6 secunde între propoziţii) (cronometrare).

Spuneţi-vă că există multe clipe, multe clipe între secunde. Timpul se prelungeşte şi sunt multe clipe... tot mai multe clipe... tot mai multe clipe după fiecare secundă. Fiecare secundă se prelungeşte mult, mult... se prelungeşte tot mai mult... sunt multe clipe... este aşa de mult timp... fiecare secundă se dilată, sunt multe clipe după fiecare secundă... multe clipe. Lăsaţi timpul să curgă încet (pauză 1' 40").

(In continuare se citeşte normal.) Şi acum spuneţi-vă că timpul se scurge cu o viteză normală. Trecerea timpului se normalizează.

9. Regresia de vârstă

Ţineţi ochii închişi. Conccntraţi-vă gândurile pentru a vă putea aminti sentimentele încercate în perioada şcolii generale (ci. I, U etc.) (cronometrare).

Gândiţi-vă că timpul se întoarce în trecut, în perioada şcolii generale. Simţiţi că deveniţi mic, tot mai mic, vă simţiţi mâinile mici, picioarele şi corpul sunt şi ele mici, întoarceţi-vă în timp şi imaginaţi-vă că sunteţi aşezat într-o bancă mare. Remarcaţi podeaua de dedesubt, imaginaţi-vă că mângâiaţi suprafaţa pupitrului. Pe ea simţiţi nişte semne, ori poate că banca este foarte netedă.

Ar trebui să găsiţi adâncitura pentru creion şi poate un creion mare şi galben. Căutaţi în bancă şi poate găsiţi o ascuţitoare. Priviţi-i pe ceilalţi copii din jur, pe profesor, tabla, cuierul şi ferestrele. Simţiţi mirosul gumei şi al creionului. Auziţi, poate, pe profesor şi pe copii vorbind. Acum priviţi ceea ce se întâmplă în jurul vostru (pauză 1' 20").

Acum spuncţi-vă că totul este închipuire şi întoarceţi-vă în prezent.

10. Relaxarea corpului şi a gândurilor

Ţineţi ochii închişi. Lăsaţi-vă gândurile conduse Ue acest instructaj şi vă veţi putea relaxa gândurile şi corpul (ceea ce urmează se citeşte rar) (cronometrare).

închipuiţi-vă o zi călduroasă de vara, stând la plajă pe malul unui lac sau al mării. Vă imaginaţi stând întins pe nisipul fin sau pe un cearşaf de plajă moale şi comod.

Simţiţi fierbinţeala plăcută a soarelui şi briza ce adie atingându-vă gâtul şi faţa. închipuiţi-vă cerul albastru şi limpede cu norii mici, pufoşi şi albi, mişcându-se leneş. Simţiţi căldura calmă, penetrantă a soarelui şi spuneţi-vă că sufletul şi trupul sunt complet relaxate şi uşoare... liniştite... relaxate- relaxate... calme...

leneşe... liniştite.... Calm... confort... Mintea şi trupul sunt complet relaxate... complet relaxate... calm, pace, linişte, în armonie cu universul (pauză 2' 50").

Cotare: Răspunsurile se cotează pe o scală de la 0 la 4, unde 0 = incapacitatea totală, de a imagina situaţiile descrise, iar 4 = capacitatea de a trăi situaţiile descrise ca şi cum ar fi reale.

ANEXA 3

Metafora coridorului

Uneori, subconştientul nostru continuă să lucreze din greu pentru a ne proteja pe noi... Chiar atunci când ne-am explicat şi am înţeles propria noastră nevoie de a face anumite schimbări, ne dăm seama că devenim şovăitori şi ne-am putea întreba din ce cauză.

Subconştientul a învăţat să se apere cu metode care au fost adecvate cu ceva timp în urmă şi continuă să fugă de învinuiri şi autoblamarc.

Când se întâmplă aşa, este foarte util să folosim o metaforă, pentru că metafora este limbajul inconştientului. Am să descriu pentru tine o astfel de metaforă, acum. Vei putea apoi să o adaptezi, pentru a-ţi urmări nevoile tale, în modul tău propriu.

De ce folosim metafore?

Imaginează'tj că te afli chiar tu, la începutul unui coridor lung, foarte frumos. E ca un coridor al unui hotel extrem de elegant. E un coridor superb, cu lumini frumoase, cu piese de sculptură decorative, cu tablouri pe pereţi; vezi acolo si plante decorative şi un covor lung foarte frumos. Este un loc în care c minunat să te afli. Există multe uşi prin care se poate intra din acest coridor în camere. Aceste uşi sunt închise, dar ele pot fi deschise din coridor.

Deschiderea uşilor se află sub controlul subiectului

\fci face o plimbare dc-a lungul acestui coridor, călcând pe covorul superb, admirând sculpturile, picturile, florile şi efectele luminoase. Poate există acolo o rază aurie de la soare, care sclipeşte şi scaldă coridorul cu lumina ei strălucitoare.

Auriul este o culoare tămăduitoare

Din când în când, s-ar putea să te simţi atras de una sau alta dintre uşile camerelor pe lângă care treci. Atunci când te simţi atras de una dintre uşi, acesta este un semnal pentru tine, din interiorul tău, că acea cameră trebuie vizitată de tine pentru anumite lucruri încă neterminate.

Lumina soarelui este o imagine tămăduitoare

R>atc fi ceva care c într-adevăr terminat, dar care trebuie pecetluit şi lăsat să plece sau care are nevoie de o finisare formală. Ar putea fi ceva care trebuie eliberat. Ar putea fi în această cameră ceva ce ar fi minunat să vizitezi din nou, pentru a te bucura de această experienţă din nou, de această amintire, oricare ar fi ea.

Pentru tine, din interiorul tău, - limbaj hipnotic

Ar putea fi în această cameră un lucru cu care mai trebuie să lucrezi, un lucru pe care l-ai amânat cândva şi care aşteaptă momentul potrivit.

Frica e motivul principal pentru amânări. Acum eşti în siguranţă.

Sunt tot felul de posibilităţi: într-o cameră ar putea fi ceva ce ai vrea să vizitezi din nou, în altă cameră, ar putea fi un lucru care

trebuie eliberat, în alta un lucru care trebuie completat şi pe care ai fi absolut protejat şi în siguranţă dacă l-ai completa ... chiar acum.

Poţi să faci ce ai de făcut, în ritmul tău, în acest coridor în care te găseşti. Acordă-ţi timpul de care ai nevoie şi atunci când te simţi atras de una dintre uşi, atunci poţi intra şi poţi vizita acea cameră.

Cel mai interesant lucru legat de această călătorie este că ai putea să te simţi puţin neliniştit în legătură cu o cameră sau cu unele dintre camere. Dar te asigur din nou că în cazul în care te simţi atras de una din camere, atunci să ştii că acum e momentul să faci ceva ... Dacă există zone care încă trebuie păstrate în subconştient, ele vor rămâne în subconştient şi vei trece pe lângă acele uşi, lăsându-le poate pentru a le vizita altă dată, într-o altă călătorie.

Aşa că fii liniştit dacă te simţi atras de o cameră, pentru că acum este timpul pentru ca acea cameră să fie explorată, acum e momentul fie să te bucuri de ea, fie să eliberezi ceva din ea, fie să lucrezi asupra unui lucru din ea, fie să modifici sau să faci orice altceva.

la-ţi timpul de care ai nevoie. Ia din timpul hipnozei, atâta timp cât îţi este necesar şi din timpul arătat de ceas, ia câteva minute, pentru a vizita aceste camere. Poţi să faci asta în felul tău propriu.

Atunci când ai terminat de vizitat o anumită cameră, întoarce-te în coridor. Ai putea la fel de bine să laşi uşa deschisă, sau să o închizi din nou, după cum vrei tu. Dacă există în cameră ceva ce trebuie lăsat liber, poţi să laşi uşa deschisă, la fel şi geamul, aşa încât ceea ce trebuie eliberat să fie într-adevăr liber. Ar putea fi o supărare veche, de exemplu o rană care, deşi s-a vindecat, păstrează acolo durerea; şt este acum vremea ca durerea să plece. Sau ar putea fi o neînţelegere din trecut care poate fi clarificată acum şi lăsată să plece.

Unele camere pot fi agreabile şi ai vrea să le mai vizitezi .. ar putea fi acolo o scenă anume care s-a petrecut în copilărie sau un eveniment plăcut, trăit alături de un prieten, ceva de care îţi place să iţi aminteşti. Te poţi simţi cu uşurinţă ca atunci când erai exact

acolo, în acea situaţie, bucurându-te de toate sentimentele pe care le aveai atunci, de toate emoţiile şi întâmplările care au făcut parte din acea situaţie.

Dacă este ceva cu care trebuie să mai lucrezi încă, vei fi tu însuţi surprins de uşurinţa cu care vei putea să acţionezi asupra acelui lucru, intr-un fel, va apărea o nouă perspectivă în mintea ta, un nou mod de a vedea lucrurile. Mă întreb ce anume este ? Poţi să fii foarte curios asupra acestor posibilităţi.

Continuâ-ţi drumul pe acest coridor. Am sâ păstrez liniştea, în timp ce vet face acest drum...

Protejare şi permisiunea de a trece mai departe.

Oamenii în hipnoză acceptă uşor distincţia între timpul hipnotic şi cel arătat de ceas. Este un exemplu legat de logica transei.

Eliberarea

Limbajul hipnotic

2-3 min. după ceas. Subiecţii apreciază liniştea.

Acum. mai ai din timpul hipnozei atâta timp cât îţi doreşti, iar din timpul măsurat de ceas, mai ai camjumătate de minut, aşa că îţi poţi măsura propria vizită, ştiind că poţi reveni oricând, înapoi, în acest coridor, şi-1 poţi oricând rccxplora. Şi, probabil, vei dori asta cândva, în viitor.

Oportunităţi care vor apărea.

Atunci când ai vizitat toate camerele pe care ai de gând să Ie explorezi dc data asta. ai să mă laşi şi pe mine să ştiu asta, respirând profund. Foarte bine.

De obicei, subiectul inspiră profund după circa un minut, iar dacă nu, inspir eu profund ca să-i amintesc.

Cât este de interesant faptul că o asemenea călătorie poate aduce înapoi, în mintea ta conştientă, lucruri care au fost în subconştient pentru atâta timp...

Te afli acum înapoi în coridor şi ai vizitat deja camerele pe care le-ai avut dc vizitat dc data asta. Pe măsură ce te apropii de capătul coridorului îţi dai seama că găseşti acolo o joncţiune a coridorului, în forma literei T, astfel încât există o ieşire prin stânga şi una prin dreapta. Mă întreb, pe care o vei alege ? *Ce* ştiu, c că o vei alege pe cea potrivită pentru tine, în acest moment. Acest coridor pe care urmează să mergi este şi el frumos şi arc, la rândul lui, multe camere in care se poate intra din el. într-o zi ai putea să-ţi doreşti să te întorci şi să le explorezi. Coridorul se află mereu acolo, pentru tine, oricând ţi-ai dori să faci lucrul acesta.

Legătura cu următoarea transă.

Totuşi, în acest moment, acest coridor, te va aduce înapoi în această cameră, în care te afli confortabil, în stare de hipnoză.

Se încheie cu modalitatea de ieşire din transă pe care o utilizează de obicei terapeutul.

Trei cutii

Vom discuta astăzi despre rezolvarea problemelor.

Comentariu introductiv util pentru orice sesiune de rezolvare a problemelor.

Uneori, când te învârti în cerc după ceva, este de mare ajutor să ai o idee năstruşnică pentru a rupe cercul.

Hipnoza este starea ideală atunci când se urmăresc astfel de soluţii ale unor probleme, deoarece atunci când intrăm în hipnoză suntem deja cu un pas mai departe de problemă, si asta este deja util.

Aceasta este o hipnoză eficientă, cu destul de multe implicări ale conştientului. Subiectul tău poate remarca faptul că este altfel comparativ cu experienţele anterioare. Poţi să-i explici de ce se simte astfel.

Astfel, este uşor de imaginat de ce şi cum au fost identificate atât de multe modalităţi de rezolvare a problemelor care utilizează drept cadru hipnoza. Şi, ca de obicei în hipnoză, cele mai bune sunt întotdeauna şi cele mai simple. Cu siguranţă, cea pe care am să o descriu astăzi este foarte simplă... aproape ca un joc de copii de grădiniţă.

Lucrurile simple sunt adesea cele mai hune.

Aceste este principalul avantaj. întrucât este atât de simplă, ea poate fî adaptată pentru a se potrivi la orice problemă ; şi, tot pentru că este atât de simplă, nu trebuie să-ţi consumi energia cu *tehnica* în sine; îţi poţi direcţiona toată energia pentru folosirea ci.

Fă ca subiectul să fie mai degrabă participant decât ascultător (activ mai degrabă decât pasiv).

Pentru a face tehnica mai interesantă, gândeşte-tc la o problemă minoră din viaţa ta de zi cuj㠖 ceva ce ţi-ai dori să faci mai bine decât faci; nu o problemă de mare importanţă - pe acelea le laşi pentru atunci când vei avea mai multă experienţă -, ci o problemă de gravitate mică pe care ai vrea să o rezolvi mai uşor. In timp ce eu descriu tehnica, poţi să o aplici acelei situaţii şi să o înţelegi lucrând, ceea ce ar fi mai util pentru tine.

„... aceste lucruri fuzionează pentru a crea...'' va determina frecvent un declin momentan al atenţiei *voluntare.*

Primul lucru pe care trebuie să-1 faci utilizând această tehnică este să laşi problema să se separe în toate părţile ei componente. Tu ştii că, adesea, Când ne gândim la o problemă o privim în mod global, dar nu este aşa niciodată: ea este alcătuită din multe lucruri, multe faţete, multe aspecte, multe puncte de vedere; ea este alcătuită din lucruri vechi şi noi, lucruri importante şi lucruri mărunte... şt toate aceste lucruri fuzionează pentru a crea o situaţie despre care noi credem că este problema. Astfel că primul lucru pe care trebuie să-1 facem este să lăsăm aceste elemente să se separe din nou.

Dacă ştii că persoana nu-şi imaginează cu uşurinţă, spune doar: .creează în nuntea ta...".

Curând vei afla că ele pot fi separate în trei grupe mari; imagincază-ţi că vezi trei cutii. Prima cutie are eticheta: ALTE PERSOANE.

în această cutie vei pune *roate elementele problemei* care sunt determinate de alte persoane. Eşti, adesea, tentat să crezi că întreaga problemă este determinată de alte persoane, dar ştim că nu este adevărat. Este adevărat, în orice caz că, de obicei, există unele elemente ale problemei care sunt determinate de alte persoane, şi acestea sunt cele pe care le punem în prima cutie.

A doua cutie are eticheta FAPTE. Vei pune acolo toate lucrurile care se referă la fapte. De exemplu, dacă este vorba de o dată limită, atunci data respectivă va fi pusă în a doua cutie; şi, poate, însuşi faptul că există o dată limită. Dar poate fi ceva în legătură cu persoana care a fixat data limită şi, atunci, acest lucru trebuie pus în prima cutie. Poate fi ceva despre propria ta reacţie la data limită care trebuie pus în cea de-a treia cutie. Este cutia care conţine acele părţi ale problemei, determinate de noi înşine, în cazul acesta aspecte ale problemei tale determinate chiar de tine.

Etichetează, aşadar, cea de-a treia cutie cu NUMELE TĂU şi pune în ea toate acele elemente ale problemei pe care TU le-ai determinat. De obicei, acestea sunt *reacţiile* noastre la unele lucruri: frica, durerea, mândria şi furia, diverse experienţe trecute, speranţe şi nevoi şi aşteptări... toate acele lucruri de care am vorbit anterior... precum şi acele lucruri care sunt specifice pentru tine în această situaţie particulară. Toate merg in cea de-a treia cutie.

Acum, când ai separat toate elementele problemei, iar ele se află în cutiile adecvate, ia prima cutie, aceea etichetată ALTE PERSOANE şi *arunc-o.* Să o arunci toarte departe, cât de departe poţi, pentru că nu putem schimba alte persoane. Persoanele s-ar putea schimba, desigur, dar se vor schimba datorită nevoilor lor şi motivaţiilor lor, şi nu datorită pretenţiilor noastre şi nici pentru a satisface cerinţele noastre. De aceea, nu-ţi pierde timpul şi energia cu acele aspecte ale problemei care sunt determinate de alte persoane. Aruncă această cutie.

La fel, ia a doua cutie, cea care arc eticheta FAPTE şi arunc-o şi pe ea, chiar mai departe decât pe prima, pentru că noi nu putem schimba faptele. *Situaţia* se poate schimba,

dar asta este altceva: ai avea atunci un nou set de fapte. Acum, în această situaţie, acestea sunt faptele. Ele nu pot fi schimbate. Aruncă departe cutia.

Dacă priveşti mica ta problemă acum, vei găsi că are o configuraţie modificată. Este mult mai mică, pentru că tocmai ai aruncat două părţi mari din ca. Dar *acea parte care a rămas este partea cu care ai şanse să FACI ceva!...* şi ştii şi tu că, atunci când ai şanse să FACI ceva, este cu totul altfel decât atunci când te simţi neajutorat.

Şi, în felul acesta, ajungem la cea dc-a treia cutie.

Aici poţi să vrei să separi elementele puţin mai mult. De exemplu, pot exista unele părţi ale problemei pe care tu le-ai determinat, dar pe care, într-adevăr, nu le poţi schimba. Vârsta poate li un

Subconştientul va recunoaşte că pui doar *elementele problemei* în cutie, nu oamenii.

Negaţia este mai puţin importantă la acest nivel de implicare hipnotică. Foloseşte cu înţelepciune inflexiunea vocală.

Motivul pentru care punem în cutii *elementele problemei* este că nu vrem să aruncăm oamenii (sunt de obicei persoane importante, părinţi, soţi, şefi etc). Nimănui nu-i place să se considere un om care pierde timp şi energie.

Schimbarea *poate* avea loc.

Oamenii fac întotdeauna asociaţii la auzul acestei afirmaţii.

O alegere personală.

astfel de factor, dacă are efect asupra unei probleme cum ar fi pensionarea; sau atunci când este vorba despre ceva care s-a petrecut deja. Unii pun aceste lucruri în cutia cu FAPTE, dar alţii le pun în a treia cutie, deoarece sunt atât de personale.

Menajează-i liniştea, deoarece subiectul poate să nu dorească deloc schimbarea, dar să-i fie greu să admită aceasta.

Dacă există acolo astfel de elemente ale problemei pe care tu (e-ai determinat, dar pe care nu le poţi schimba... nu le-ai putea schimba, indiferent cât de mult ai dori, DACĂ ai dori, pune-le într-o cutiuţă mică, separată, şi trimite-le în zbor după primele două pentru că, iţi aminteşti, urmează să-ţi *conservi* timpul, energia şi resursele tale, pentru scopuri mult mai folositoare. decât să Ie risipeşti pentru lucruri pe care nu le poţi schimba.

Reasigurare că totul este în regulă.

In al doilea rând - şi e foarte important - pot exista unele elemente ale problemei pe care tu le-ai creat, pe care, pentru vreun motiv oarecare, în acest moment, *nu vrei să le schimbi!* Nu contează nici măcar care este motivul sau cum l-ar descrie alţii, (de exemplu ca egoist sau trivial); contează doar faptul că (u le recunoşti. Acesta este setul de probleme care trebuie pus deoparte într-un loc special: un Ioc *accesibil,* de unde le poţi lua şi le poţi reevalua, ori de câte ori va fi momentul potrivit pentru line să faci asta.

Nu este de aşteptat ca schimbarea să se producă deodată.

Şi astfel, în final, ai rămas cu foarte puţine elemente ale problemei, poate doar unu sau două, pe care le-ai determinat tu şi pe care eşti dispus să le schimbi.

Aici încep de obicei rezolvările constructive ale problemei. Găseşte-le singur, percepe tu singur acea mică parte a problemei ; lucrul mărunt, modificarea mică pe care ai putea să o faci, pentru început, sau ceva ce ai putea începe, sau poate ai putea începe să opreşti (de obicei în acest stadiu este cu atât mai bine cu cât este mai puţin).

„Poţi să faci asta!

O dată ce te-ai angajat la această primă mică schimbare ai început rezolvarea problemei tale şi, într-o zi, in curând, - foarte curând, vei fi surprins - te vei gândi la această mică problemă şi vei spune; „Doamne, dar asta nu e o problemă la urma urmei! Este doar o situaţie de care mă pot ocupa foarte bine".

Şi aşa vei face.

ANEXA 4

Scala colectivă de hipnotizabîlitate Harvard

(Sftor şi Orne, 1962)

INTRODUCERE

1. înclinarea irezistibilă a capului Pentru a începe, mi-ar place să conştientizaţi ce simţiţi când reacţionaţi la sugestii fără să fiţi sub hipnoză. Asiguraţi-văfiecare dintre voi, că sunteţi bine aşezaţi pe locurile voastre. închideţi ochii şi destindeţi-vă, dar fără a vă înclina în faţă. Aşa! Ochii voştri sunt închişi şi sunteţi aşezaţi într-opoziţie ce menţine spatele drept. Rămâneţi în această poziţie, cu ochii închişi şi lăsaţi-vă cuprinşi de starea de destindere (30secunde). Bine... Rămâneţi în această poziţie şi păstraţi ochii închişi menţinând spatele drept. Ochii închişi...

Vă voi cere acum să vă gândiţi Ia propriul cap. Să vă gândiţi că el se înclină în faţă. După cum fără îndoială ştiţi, a gândi o mişcare şi a o executa sunt acţiuni strâns legate. Imediat ce vă veţi gândi că vi se înclină capul în faţă, veţi avea tendinţa de a face în mod real această mişcare. Veţi simţi într-adevăr capul înclinându-se irezistibil în faţă, din ce în ce mai mult, atât de mult până va avea aspectul că vă atârnă inert în faţă. Gândiţi-vă că se apleacă în faţă capul, că el coboară din ce în ce mai jos. Capul se apleacă în faţă, se apleacă în faţă. Din ce în ce mai jos, mai jos, capul se apleacă din ce în ce mai

Ascultaţi-mă cu atenţie şigândiţi-vă cum se apleacă în faţă capul, că el cade literalmente în faţă.

COMENTARIU[1]

Itemul 1 este un exemplu care trebuie să obţină din partea subiecţilor acceptarea exerciţiului.

- se admite că sugestiile încep fără hipnoză. De la un moment dat. conceptul de hipnoză va fi necesar.

- este vorba de consemne, adică de sugestii în sensul larg al cuvântului, care se adresează subiectului conştient şi din partea căruia se aşteaptă, pentru moment, răspunsuri voluntara.

- aceste explicaţii demistificâ fenomenul. Se spune clar că <u>ideea</u> pe care şi-o face subiectul este la originea fenomenului (fenomen ideomotor),

1 Godin, J., 1992

contrar obişnuinţei hipnotizatorilor tradiţionali care dau de înţeles că sunt depozitarii unor puteri. Vom vedea ulterior cum operatorul îţi va recăpăta ascendenţa sa. Totul se petrece acum astfel ca explicaţiile să dezamorseze rezistenţele posibile ale subiecţilor. Sugestia este fără replică: „Simţiţi capul vostru înclinându-se irezistibil în lată", - capul subiectului scapă de sub controlul voluntar.

- iată sugestii directe care se presupune a avea o putere cumulativă prin efectul repetiţiei. Primele au forma unei mstrucţii: gândiţi-vă la această mişcare (patru repetiţii). Apoi mişcarea

tnuit. Copul se apleacă spre piept. El alunecă in jos greu si destins. Capul este pe cale de a cădea, de a aluneca, de a se apleca în faţă, de a se apleca, de a aluneca, de a cădea decontractat, destins in faţă, in faţă, se apleacă, se apleacă, se apleacă.

Bine! Puteţi să vă îndreptaţi pe scaune şi să deschideţi ochii. Aşa! Reveniţi în poziţia iniţială şi deschideţi ochii. Aţi văzut deci cum, gândindu-ne la o mişcare, avem tendinţa firească de a face acea mişcare. Se ajunge astfel la starea hipnotică învăţând să dăm curs liber acestor tendinţe de a acţiona. Aveţi deci acum o idee mai precisă despre ceea ce înseamnă a accepta o sugestie si a acţiona în consecinţă.

2. **închiderea ochilor**

Acum, aş dori să vă aşezaţi confortabil şi să vă puneţi mâinile pe genunchi. Aşa! Lăsaţi mâinile să se odihnească pe genunchi. Acum priviţi mâinile şi alegeţi pe una din ele un punct precis asupra căruia vă veţi concentra atenţia.

Locul ales nu are importanţă- Alegeţi pur şi simplu un punct oarecare. Pe acest punct precis pe care l-aţi ales, îl vom numi ţintă. Deci... mâinile destinse... priviţi direct la ţintă. Cuvintele pe care vi le voi spune în următoarele momente vă vor ajuta să vă destinde/i şi să intraţi gradual într-o stare de hipnoză. Pentru moment staţi comod, confortabil şi relaxaţi-vă. Aş dori să priviţi fix ţinta şi, fără să vă abateţi privirea de la ea, să ascultaţi cu atenţie ceea ce vă voi spune.

Capacitatea voastră de a intra în starea de hipnoză va depinde de voinţa şi dorinţa voastră de a coopera, dar, în egală măsură, şi de concentrarea voastră asupra ţintei şi asupra a ceea ce vă voi spune. Acelaşi spirit de colaborare care v-a adus aici astăzi vă va permite acum, dacă doriţi, să intraţi într-o stare de hipnoză. Amintiţi-vă, nu veţi putea fi hipnotizat decât dacă veţi dori acest lucru! Eu cred că doriţi acest fapt şi că veţi face tot ce se poate pentru a colabora cu mine, concentrându-vă asupra ţintei şi ascultându-mi cuvintele, lăsând în acelaşi timp să apară tot ceea ce se va produce. Lăsaţi pur şi simplu ca totul să se petreacă de la sine. Dacă vă veţi concentra atenţia asupra a ceea ce vă voi spune şi vă veţi gândi doar la lucrurile la care vă cer să le gândiţi, veţi vedea că este uşor de trăit, de cunoscut starea hipnotică. Nu există nimic misterios, nici ceva de care să vă fie teamă în hipnoză.

Hipnoza nu este decât consecinţa normală a unor principii psihologice. Ea este pur şi simplu rezultatul unui interes deosebit de mare

este descrisă (21 de repetiţii în diverse forme apropiate : a se apleca, a aluneca, a cădea cu faţă in jos..., la care se adaugă cuvintele: destins, greu, decontractat, care au aceeaşi semnificaţie,

- este introdusă o idee importantă: „hipnoza" înseamnă a da curs liber tendinţelor de a acţiona (!) Prin *implicare* se întăreşte ideea că există o stare de hipnoză şi se banalizează consecinţele.

- inducţia propriu-zisă. In hipnoza tradiţională închiderea ochilor este asimilată inducţiei.
- fixarea atenţiei prin fixarea privirii este clasică.

- se cerc pacientului să asculte, contrar noii hipnoze cricksonicne.

Acordul subiectului este necesar. De aceea se dau explicaţiile.

- această lungă introducere creează aşteptări. Exemplul dat privind *absorbţia* exercitată de un bun spectacol este banal. Totuşi, nu acest tip de experienţă va trăi subiectul. Acest tip

pe care îl avem pentru un lucru anume. într-adevăr, într-un anume sens, sunteţi hipnotizaţi când priviţi un spectacol bun şi sunteţi aşa de

prinşi de acţiunea lui, încât aproape uitaţi de rolul vostru de spectator.

Majoritatea persoanelor care au trăit această experienţă afirmă că intrarea in hipnoză seamănă mult, la început, cu senzaţiile pe care le avem când suntem pe cale de a adormi, cu diferenţa că în timpul hipnozei vocea hipnotizatorului continuă să fie auzită şi este prezentă pe fundalul întregii experienţe trăite în această stare. într-un anume fel, hipnoza seamănă cu somnambulismul. în acelaşi timp, starea de hipnoză este o experienţă personală, care nu este trăită în acelaşi fel de toată lumea. Astfel, dacă se compară o persoană hipnotizată cu un somnambul, aceasta se face pentru că ea poate, ca şi el, să efectueze în starea în care se află activităţi în acelaşi timp diverse şi complexe.

Tot ceea ce vă cer eu acum este să-mi acordaţi întreaga voastră atenţie şi să continuaţi să colaboraţi cum aţi făcut până acum. Nu există nimic care ar putea să vă deranjeze. Dimpotrivă! Majoritatea oamenilor descoperă că hipnoza este o experienţă interesantă.

Pentru moment nu faceţi nimic altceva decât să vă destin- ăeţi. Pestindeţi-vă! Nu vă desprindeţi privirea de ţintă. Priviţi-o cât mai fix posibil. Dacă ochii voştri au tendinţa să-şi abată privirea la altceva, nu-i nimic. Dar de fiecare dată, reorientaţi-i asupra ţintei. Peste câteva minute veţi avea poate impresia că ţinta devine difuză sau poate că se mişcă sau, mai mult, că ea îşi schimbă culoarea. Aceasta este perfect normal.

Indiferent ce fenomen apare, lăsaţi-l să apară şi continuaţi să fixaţi intens ţinta. La un moment dat, ochii vor fi aşa de obosiţi şi pleoapele vi se vor părea atât de grele încât nu veţi mai putea să-i ţineţi deschişi şi se vor închide de la sine, am putea spune involuntar. Când acest fapt se va produce, nu opuneţi nici o rezistenţă.

Pe măsură ce voi continua să vorbesc, vă veţi simţi din ce în ce mai somnolenţi, dar nu toţi veţi reacţiona la fel de repede la cuvintele mele. Ochii unor persoane se vor închide înaintea altora. Când va veni rândul fiecăruia, lăsaţi-i pur şi simplu să se închidă, fără rezistenţă. Auziţi acum, probabil, cum eu continuu să vă sugerez să închideţi ochii, ca şi cum aceştia nu sunt deja închişi. Atunci aceste sugestii nu vi se vor mai adresa vouă, ci celorlalţi. Ele nu trebuie deci să vă deranjeze, ci, dimpotrivă, să vă permită să vă destindeţi din ce in ce mai mult. Veţi constata în curând că sunteţi capabili să vă destindeţi complet, rămânând în acelaşi timp aşezaţi cu

de afirmaţii referitoare la hipnoză au ca scop securizarea pacientului.

- nu se spune că hipnoza este somn: este totuşi o referinţă utilă.

- modelele de comportament suni furnizate subiectului într-o manieră indirectă. Se fac acum referiri la somn, somnambulism şi la relaţia cu hipnotizatorul.

- noi ştim că aceste fenomene sunt pur şi simplu de natură fiziologică, dar aici au valoare de „sugestii ce se împlinesc".

- iată schimbarea perspectivei. Pornind de la consemne s-a trecut progresiv Ia predicţii un pic magice despre ceea ce se va întâmpla. Această înlănţuire este dezgolită de ambiguitate: „la un moment dat pleoapele vi se vor părea atât de grele, încât veţi fi incapabili sâ le ţineţi deschise". Sugestia implicită este următoarea: „Este adevărat pentru că eu sunt cel care v-o spune, eu care am puterea...".

- sugestiile legate de timp sunt prudente în măsura în care subiectul nu le poate respinge.

spatele drept pe locurile voastre, aproape fără efort. La fel. veji putea să vă modificaţi poziţia pe care o aveţi acum pentru a vă găsi alta mai confortabilă, atât de necesară, fără ca aceasta să deranjeze în nici un fel concentrarea voastră. Acum, abandonaţi-vă complet stării de relaxare. Destindeţi fiecare din muşchii corpului vostru. Destindeţi muşchii

gambelor..., relaxaţi muşchii picioarelor... Destindeţi
muşchii mâinilor, degetele...
Destindeli muşchii gâtului..., pieptului... Relaxaţi muşchii întregului corp... ***lăsaţi corpul*** *moale, complet moale...,* ***destindeţi-vă complet. Relaxaţi-vă complet.***
Pe măsură ce vă relaxaţi *din ce* ***în*** *ce mai mult, o* ***senzaţie de greutate se propagă în întregul corp. O senzaţie de*** *greutate invadează gambele... braţele, se furişeuză în picioare şi mâini... în întregul corp. Gambele vi se* ***par*** *grele şi moi, grele şi moi... Braţele sunt grele...* ***Corpul*** *întreg îl simţiţi greu, din ce în ce* ***mai*** *greu... ca de plumb. Pleoapele le simţiţi* ***deosebit de grele.***
Greutate şi oboseală. Vă simţiţi din ce în ce mai somnolenţi. Somnolenţi şi adormiţi. Respiraţia devine ***lentă şi*** *regulată, lentă şi* ***regulată.*** *Vă simţiţi somnolenţi şi adormiţi, din ce în* ***ce mai*** *somnolenţi şi adormiţi,* ***iar pleoapele devin din ce in ce mai grele, din ce in ce mai grele.*** *Ochii sunt obosiţi din cauza efortului îndelungat al concentrării atenţiei. Pleoapele devin din ce în ce mai grele. In curând veţi fi incapabili de a mai fine ochii deschişi pentru mai mult timp. Foarte curând, ochii se vor închide* ***de la*** *sine. Pleoapele vor* ***fi prea grele pentru a rămâne*** *deschise. Ochii sunt obosiţi din cauza privirii fixe. Ei* ***lăcrimează obosiţi de atăta efori.***
Vă veţi simţi din ce în ce mai somnolenţi şi mai adormiţi.
Oboseala ochilor este foarte mare, din ce în ce mai mare. *Cât de plăcută este închiderea ochilor, relaxarea completă, lăsându-vă legănaţi de sunetul vocii mele.* ***Doriţi*** *să închideţi ochii şi să vă destindeţi complet,* ***să vă relaxaţi*** *complet. în curând, nu veţi mai putea* ***rezista. Oboseala ochilor va fi atât de mare, ochii vor fi atât de*** *obosiţi, pleoapele vor* ***fi atât de grele, încât*** *ochii se vor închide de la sine, se vor* ***închide*** *de la sine. Pleoapele devin grele,* ***foarte*** *grele. Suftlefi destinşi,* ***foarte*** *destinşi.* ***O senzaţie foarte plăcută de căldură şi greutate se răspândeşte*** *în întregul corp. Vă simţiţi obosiţi şi somnolenţi, obosiţi şi adormiţi, adormiţi, adormiţi. Ascultaţi doar* ***vocea*** *mea. Nu sunteţi atenţi decât la vocea mea. Vederea se tulbură. Vedeţi cu dificultate. Ochii sunt obosiţi. Ochii sunt din ce în* ***ce*** *mai obosiţi,* ***din*** *ce în ce mai obosiţi. Pleoapele sunt grele. Grele ca de plumb. Pleoapele devin din ce în ce mai grele. Ele alunecă în jos, în jos. Pleoapele par*

- trecerea printr-o stare de relaxare face parte din majoritatea proceselor de inducţie. Aici, evocarea repetată a destinderii, a senzaţiei de greutate care însoţeşte de obicei relaxarea, este utilizată cu ajutorul suplimentar al imaginii (plumb),

- operatorul descrie ceea ce se petrece, cu o anume anticipare.

- aceasta este ceea ce am putea numi prototipul unei inducţii hipnotice.
Se remarcă:
a) sugestiile de somn sunt pe primul plan.
b) comenzile, adică propoziţiile in care operatorul adoptă o poziţie superioară şi comandă, incep să apară: „Curând veţi fi incapabili să mai ţineţi mult timp ochii deschişi", „In curând nu veţi mai putea rezista", „Vă cufundaţi...", „Vreau (sic!) să continuaţi să fiţi atenţi"... etc.
Toate acestea stabilesc progresiv o relaţie interpersonală care reprezintă bine ceea ce se petrece în hipnoza tradiţională şi care arată bine că nu este vorba de o reverie banală.
Se remarcă tipul de relaţie dorită, care nu este neutră: „Nu veţi înceta să-mi auziţi vocea", „Vă simţiţi legănaţi de vocea mea".
Numărarea face parte din hipnoza tradiţională ; totul se petrece ca şi cum subiectul ar accepta să demareze unele programe cu această ocazie. Numărarea declanşează automat fenomene

îngreunate de plumb, *grele ca de plumb. Ochii clipesc fără voia voastră. Ei clipesc, se închid, se închid. Ochii sunt fără îndoială închişi acum, dar, dacă nu sunt încă, în* ***curând*** *se vor închide de la sine. Este inutil să continuaţi să-i obosiţi. Chiar dacă ochii nu sunt încă pe* ***de-a*** *întregul închişi, aţi făcut mult efort pentru a fixa ţinta şi vă veţi simţi* ***acum*** *destins şi somnolent. Dacă ochii nu sunt încă închişi, inchideţi-i acum voluntar. Aşa, închideţi bine ochii.*

Vă simţiţi acum relaxaţi, destinşi, dar vă veţi relaxa din ce în ce mai mult. Mai mult. Ochii voştri sunt acum

închişi, li veţi fine închişi până când vă voi spune să-i deschide/i sau vă voi cere să vă treziţi. Vă simţiţi somnolenţi şi adormiţi. Continuaţi pur şi simplu să-mi ascultaţi vocea. Ascultaţi cu atenţie vocea mea. Concentraţi-vă- asupra a ceea ce spun, nu faceţi decât să mă ascultaţi. Veţi deveni din ce în ce mai somnolenţi şi adormiţi. In curând vă veţi simţi profund adormiţi, dar nu veţi înceta să-mi auziţi vocea. Nu vă veţi trezi înainte ca eu să v-o cer. încep acum să număr. Pe măsură ce număr, vă veţi simţi coborând, coborând din ce în ce mai jos, într-un somn plăcut, somn profund şi odihnitor. Un somn în care veţi putea să faceţi o serie de lucruri pe care vi le voi solicita.

Unu - adormiţi profund... 2 - mai profund, mereu mai profund adormiţi, 3.4 - din ce în ce mai profund, din ce în ce mai profund adormiţi... 5,6,7... Vă cufundaţi, vă cufundaţi într-un somn profund, foarte profund. Nimic nu vă mai poate deranja. Nu acordaţi atenţie decât vocii mele şi lucrurilor asupra cărora vă cer să fiţi atenţi. Vreau să continuaţi să fiţi atenţi la vocea mea şi la ceea ce spun ... 8, ... 9, ... 10,... II,... 12... Din ce în ce mai profund, mereu mai profund, adormiţi... 13, ... 14, ... 15. Deşi profund adormiţi, mă auziţi foarte clar. Mereu mă veţi auzi la fel de clar, indiferent de profunzimea somnului pe care simţiţi că l-aţi atins ... 16.... 17,... 18 ... Profund adormiţi, complet adormiţi. Nimic nu vă poate deranja. In curând veţi simţi diverse lucruri pe care vi le voi cere să le simţiţi... 19, ... 20...*

Profund adormiţi. Nu vă veţi trezi înainte ca eu să v-o cer. Veţi dori să dormiţi şi veţi avea senzaţiile pe care vi le voi descrie curând.

3. **Coborârea braţului**

în introducerea acestui item, i se precizează subiectului să fie atent Ia ceea ce „i se va întâmpla". I se cere să întindă **braţul** stâng cu palma orientată în jos. Se sugerează că acest braţ devine greu şi că ci coboară.

4. **Inhibiţia mişcării braţului**

Se sugerează că senzaţia precedentă de greutate se extinde în întreg corpul. Se atrage atenţia asupra braţului drept care pare prea greu pentru a putea fi ridicat. Se continuă: „De ce să nu constataţi cât de grea a devenit mâna voastră dreaptă... încercaţi pur şi simplu să ridicaţi mâna, încercaţi. încercaţi pur şi simplu să vă ridicaţi mâna, încercaţi".

5. **încleştarea (zăvorârea) mâinilor**

„ Vom face acum o nouă experienţă. Încleştaţi cele două mâini. Incleştaţi-le încrucişând

care, dacă se produc acum, par de natură involuntară.

Ceilalţi itenii vor vehicula sugestii noi: sugestii de comportamente, sugestia imposibilităţii unor comportamente. sugestii privind alterări cognitive sau perceptive.

Noi nu reproducem testul in totalitate, ci doar un rezumat.

- comportament involuntar.

- sugestia imposibilităţii unui comportament.

- o nouă sugestie referitoare la imposibilitatea unui comportament.

degetele. încleştaţi cele două mâini încrucişând degetele şi presaţi puternic palmele una în cealaltă."
Se sugerează că mâinile sunt lipite şi se cere subiectului să încerce să le separe.

6. Rigiditatea braţului (braţul stâng)
Se cerc subiectului să-si imagineze că braţul stâng, perfect întins, devine rigid. „Din ce în ce mai rigid... Rigid... ca o bară de fier... Şi voi ştiţi cât de dificil,... cât de dificil, chiar imposibil este să îndoi o bară de fier aşa cum a devenit braţul vostru. Vedeţi în ce măsură braţul vostru este rigid ca o bară de fier... Verificaţi în ce măsură braţul este rigid ca o bară de fier... Verificatf în ce măsură este el dur şi rigid... încercaţi să-l îndoiţi... încercaţi... Fcarte bine. Acum încetaţi orice efort."

- fenomen involuntar.

7. Apropierea mâinilor
Cu braţele întinse, palmele faţă în faţă, se sugerează subiecţilor să-şi imagineze că o forţă de atracţie se exercită între cele două mâini făcându-le să se apropie una de alta.

- comportament involuntar.

8. Inhibiţia comunicării
„Sunteţf acum foarte destinşi... profund destinşi. Gândiţi-vă cât de greu ar fi să comunicaţi cu ceilalţi atunci când sunteţi profund destinşi. Poate la fel de dificil ca atunci când dormiţi. Mă întreb dacă aţi putea da din cap pentru a spune nu. Sincer (sic!) nu cred că aţi putea face acest lucru. Mai târziu, atunci când vă voi cere, veţi putea încerca să daţi din cap pentru a spune nu. Dar gândesc că vă veţi da seama cât este de dificil de făcut acest lucru. De ce să nu încercaţi.acum să daţi din cap pentru a spune nu ?... încercaţi să daţi din cap..."
Anularea sugestiei.

- această blocare nu mai vizează un fenomen psihologic sau un comportament elementar, ci o conduită, \fedem aici sugestii care vizează climatul relaţional. Formulările sunt interesante: „sincer eu nu cred că aţi putea", „aţi putea încerca..." (implicarea eşecului probabil).

9. Halucinaţia unei muşte
„ Sunt sigur că sunteţi atât de concentraţi asupra a ceea ce facem încât nu aţi observat că o muscă nu a încetat în tot acest timp să bâzâie în jurul vostru... Dar, pentru că acum menţionez acest fagt, deveniţi din ce în ce mai conştienţi de această musca care nu încetează să zboare deasupra capului vostru... Din ce în ce mai aproape de voi... Cu un bâzâit dezagreabil... Ascultaţi bazaltul care devine din ce în ce mai puternic pe măsură ce ea continuă să se apropie de voi... Vă simţiţi iritaţi de acest musafir nepoftit... Aţi dori să o îndepărtaţi... Să vă debarasaţi... Ea vă irită... Hai, izgoniţi-o dacă doriţi..."
Anularea sugestiei {ea a plecat).

- sugestie de alterare senzorială. Halucinaţia este un cuvânt prea mare pentru a descrie reuşita acestei sugestii când subiectul izgoneşte musca. Dar s-ar găsi uşor alte exemple mai convingătoare.
Se remarcă faptul că operatorul minte subiectul devenit naiv. Până atunci era vorba de realizarea unei sugestii, adică i se cerea subiectului să-şi imagineze o situaţie şi să vadă efectele ideii sugerate. Acum este vorba de a obţine realizarea unui comportament legat de o alterare senzorială.
- comportament involuntar sau fenomen fiziologic.
- implicaţia nu este clară, acum când subiectul nu mai poate să folosească întreaga sa voinţă.

10. Catalepsia pleoapelor
Se sugerează că pleoapele sunt lipite. Se

continuă: „Mă îndoiesc foarte tare că aţi putea chiar în câteva momente să deschideţi ochii. Pleoapele sunt atât de bine închise încât vă este imposibil să le deschideţi. Poate aţi dori lotuşi să încercaţi să le deschideţi, chiar dacă simţiţi că ele sunt atât de complet... atât de ermetic închise. Hai, încercaţi... încercaţi să deschideţi ochii...".
Anularea sugestiei.

11. Sugestia posthipnotkă (atingerea gleznei stângi) şi amnezie

„ Continuaţi să rămâneţi profund destinşi şi fiţi foarte atenţi la ceea ce vă voi spune acum. In câteva momente eu voi începe să număr înapoi pornind de la 20.

Vă veţi trezi gradual) treptat, dar aproape pe toată durata numărării veţi continua să rămâneţi în starea în care vă găsiţi acum. Când voi ajunge la cifra cinci veţi deschide ochii, dar nu veţi fi complet treziţi. Aceasta nu se va întâmpla decât atunci când voi pronunţa cifra unu. Atunci, ta cifra unu, veţi fi complet treji, în starea normală de veghe. Veţi avea atunci senzaţia că aţi adormit, deoarece veţi avea dificultăţi în a vă anunţi nu numai lucrurile pe care vi le-am spus dar şi cele pe care le-aţi făcut sau simţit. într-adevăr, aceasta vă va solicita un astfel de efort pentru a vă aminti indiferent ce încât nu veţi avea nici o tragere de inimă pentru a-lface. Veţi găsi că este mult mai uşor să uitaţi toate aceste lucruri până în momentul în care eu vă voi spune că puteţi să vi, le reamintiţi. Mai precis, voi nu vă veţi putea aminti nimic din ce s-a petrecut până când nu vă voi spune • ' «Acum aţi putea să vă amintiţi totul». Până atunci nu vă veţi aminti nimic. După ce veţi fi deschis ochii, vă veţi simţi foarte bine. Nu veţi avea nici dureri de cap şi nici nu veţi simţi vreo altă neplăcere. Eu voi începe acum să număr înapoi pornind de la 20, iar la numărul 5, nu înainte, veţi deschide ochii, dar nu veţi fi cu adevărat treji... Un pic mai târziu veţi auzi un zgomot ca acesta." (Terapeutul va produce un zgomot repetat lovind cu un creion o suprafaţă dură). „ Când veţi auzi acest zgomot vă veţi apleca şi veţi atinge glezna stângă. Veţi atinge glezna stângă, dar, la fel ca în cazul tuturor celorlalte lucruri, veţi uita că eu v-am spus săfaceţi acest gest până când eu vă voi spune: «Acum puteţi să vă amintiţi totul». încep acum să număr: 20,... 19,... 18,... 17,... 16, ...

15, ... 14, ... 13, ... 12, ... 11, ...10, ... Suntem la jumătatea drumului... 9... 8... 7... 6...Ş... 4... 3 ...2 ... 1. Treziţi-vă! Treziţi-văcomplet! Puţina somnolenţă pe care o simţiţi acum va dispărea probabil în curând. " Facem să se audă - la fel ca mai înainte - zgomotul creionului care loveşte repetat o

Se sugerează subiectului că nu-şi va aminti experienţa trăită. El trebuie să accepte această nouă sugestie. Mai precis el trebuie să uite până ce operatorul ii dă permisiunea de a redeveni „normal". I se spune să aibă un comportament pe care nu-l va putea controla şi să uite. Este vorba acum de ordine politicoase, dar aparent fără replică.

Terminare. Operatorul va reda capacitatea de control subiecţilor.

suprafaţă dură. Număraţi atunci 10 secunde
Înainte de a continua.

ANEXA 5

Inducţia hipnotică bazată pe utilizarea

si stimularea semnalizării ideomotorii[1]

„Plasează mâinile laie în aşa fel încât între palmele tale să fie o distanţă de aproximativ 20 cm." (terapeutul demonstrează cu mâinile sale ţinându-le la o distanţă de 3 cm în faţă, astfel încât braţele şi coatele sale $3 nu atingă nimic, pentru ca mâinile să se poată mişca liber). „După cum ştii corpul uman are un câmp magnetic. Nu ştiu dacă vei simţi într-adevăr câmpul magnetic dintre mâinile tale sau doar dacă iţi vei imagina această senzaţie. Lasă-te liber să simţi această forţă magnetică şi o vei simţi între palmele tale ca şi cum ai avea mâini magnetice."

este utilizată o focalizare ideodinamică indirectă. în timp ce conştientul subiectului este confuz si focalizat pe aspectul cognitiv al conceptului „mâini magnetizate", inconştientul lui evocă în mod automat trăirile concrete ale corpului asociate cuvintelor „magnetic" şi „mâini".

„Dar nu lăsa deocamdată mâinile să se mişte! doar liber să simţi forţele dintre ele!"

Lasă-te - implicare şi sugestie negativă pentru crearea unor aşteptări. Cerând subiectului să amâne {„deocamdată") orice mişcare a mâinilor, terapeutul acordă de fapt timp ca aceste fenomene să se manifeste la maximum. Spunând subiectului *„dar nu lăsa deocamdată mâinile tale să se mişte",* sugerăm de fapt că ele se vor mişca şi-1 eliberăm de orice rezistenţă.

pauză... terapeutul nu

Pe toată durata pauzei, face altceva decât să privească mâinile subiectului cu mare atenţie. Aşteptarea creează o anume presiune asupra subiectului şi este o formă indirectă de inducţie. Terapeutul comentează mulţumit primele semne ale mişcării.

1 Adaptare după M.H. Erickson & E.L. Rossi - *Experiencing hypnosis therapeutic approaches io altered states,* Irvington, New York, 1981.

ANEXA 5

„Este bine aşa, lasă lucrurile să vină de la sine. Unele degete încep să se mişte câte puţin şi este bine. dar încă nu lăsa mâinile să se mişte prea mult. Trăieşte doar această experienţă şi las-o să vină de la sine. "

- ultima propoziţie este o sugestie compusă: un truism *(„Trăieşte doar această experienţă")* este urmat de o incitare sugestivă.

„Ştim căforţa magnetică atrage sau respinge lucrurile. Acelaşi lucru se întâmplă si cu inconştientul: atunci când vrea să spună «da», atrage oamenii sau lucrurile, iar atunci când vrea să spună «nu». îi îndepărtează. Astfelputem utiliza mişcarea mâinilor tale pentru a pune inconştientului tău o întrebare importantă. Daca incon' ştientul tău vrea să spună da, vei simţi cum mâinile tale se atrag, iar dacă vrea să spună nu vei simţi cum se resping. Lasă, pur şi simplu, inconştientul tău să mişte mâinile într-un sens sau altul. Dar care ar putea fi acea întrebare ? (Pauză).

- comentarea mişcării mâinilor întăreşte de rapt acest comportament.

Se introduce o dublă constrângere: indiferent de răspunsul dat - *dai nu* - răspunsul ideomotor se va manifesta. iar mişcările îdeomotorii autonome sunt prin definiţie o formă de răspuns hipnotic.

Care este întrebam la care inconştientul tău se pregăteşte să răspundă cu „da "sau cu „nu " ? (Pauză). întrebarea este: inconştientul este de acord să-ţi permită să trăieşti experienţa unei transe terapeutice confortabile ?(Pauză),

întrebarea care introduce dubla constrângere.
De obicei mâinile încep să se mişte...

Este bine aşa. In timp ce mâinile tale continuă să se mişte încet, încet împreună, te poţi întreba ce se întâmplă cu pleoapele tale... încep să clipească ? Se vor închide confortabil în timp ce mâinile continuă să se mişte ? (Pauză). Se vor închide oare înainte ca mâinile să se atingă 7 a) Este bine aşa, mâinile se îndepărtează într-adevăr, ceea ce înseamnă că inconştientul tău preferă să nu intre deocamdată în transă, deoarece există o dificultate conştientă sau inconştienta. Mâinile pot exprima această dificultate îndepărtându-se încet una de alta şi în acest timp poate cauza dificultăţii va ajunge în conştientul tău. Inconştientul are nevoie de timp pentru cu transa să aibă loc ? (fcmzS).
Doar priveşte mâinile tale. poate inconştientul va negocia adecvat cu problema chiar acum, fără să-mi spui nimic despre asta şi poate vaface ca mâinile tale să se apropie după această negociere ? (Pauză).
Oare, poate inconştientul tău opreşte această mişcare pentru o clipă în timp ce negociază ? Iţi va {ine ochu deschişi sau le va permite acestora să se închidă pentru a se concentra mai intens la rezolvarea acestei probleme ? (Pauză).

- închiderea ochilor prin sugestii contingente.
- dacă ochii nu se închid, mâinile se îndepărtează sau nu se mişcă deloc înseamnă că întâmpinăm o rezistentă care poate fi înlăturată în felul următor (paragraful a).

Terapeutul declanşează o negociere cu „rezistenta",

Doreşte inconştientul să vorbeşti despre ceea ce simţi în timp ce tu trăieşti această experienţă ? Cât de uşor îţi este să vorbeşti în timp ce această experienţă continuă ? "

b) „ Ce se întâmplă cu mâinile tale ?Nu se mişca ?Este în cazuf, foarte rar, în care nu apare bine, încearcă cât de mult poţi să nu le laşi să se mişte. nici o mi$care a mâinilor, terapeutul

De obicei, corpul se află într-o stare de mişcare continuă, poate converti non- răspunsul în cata- chiar dacă nu ne dăm seama, dar în stare de hipnoză se lepsie (paragraful b). întâmplă să apară reacţii paradoxale - opuse celor cerule - şi corpul poale deveni imobil pentru câtva timp. Sau, se

poate întâmpla ca o parte a corpului să devină imobilă în timp ce o altă parte trăieşte mişcarea. Ce se va întâmpla în cazul tău ? "

„Inconştientulpoate continua să lucreze cu această problemă pe durata transei în care fiecare moment poate fi echivalent cu ore, zile sau chiar ani (Pauză). Şi este interesant că partea conştientă îşi poate sau nu da seama de ceea ce se întâmplă, lucru care depinde de dorin/a inconştientului tău de a (ine secret acest fapt sau nu. Poţi rămâne aşa cum eşti până ce inconştientul tău va finaliza ce are de făcut şi î(i vei da seama de aceasta, atunci când vei simţi nevoia să te mişti, să-fi întinzi mâinile şi picioarele şi să devii treaz din nou."

Distorsiunea timpului şi ieşirea din transă.

c) „ Este bine aşa. In timp ce mâinile tale continuă să se apropie, indicând că inconştientul tău te duce din ce în ce mai mult într-o stare de confort, poate te vei întreba ce se va întâmpla dacă vei încerca să te opui acestei mişcări prin forţa conştientului tău. Ce s-ar întâmpla dacă îţi vei acorda puţin timp doar ca să încerci să împiedici această
forţă ? Este posibil ca partea conştientă să se opună acestei forţe inconştiente ?" (Pauză).

în cazul în care subiectul răspunde pozitiv la întrebarea care cuprinde dubla legătură, permiţând mâinilor să se mişte încă de la început, există multe direcţii pe care sugestia le poate explora. Rossi propune câteva din ele **<,.c", „d", „e").**

Diversele modalităţi prin care pacientul se opune mişcării ideomotorii pot induce o anume dezamăgire, prin descoperirea că există posibilitatea de a se opune mişcării mâinilor.

„Este bine, te simţi puţin dezamăgit când eşti forjat să ieşi din această stare de confort în care lucrurile se întâmplă de la sine. Este un lucru care te tulbură, deoarece întotdeauna te simţi mai bine când îţi Uişi inconştientul să facă ceea ce ştie, să lucreze singur fără a interfera cu mintea conştientă. Acum simţi această diferenţă şi înveţi cum trebuie să faci ca să laşi inconştientul să lucreze, lăsându-l să-fi mişte mâinile, apropiindu-ie sau îndepărtându-le. Nu contează cum se vor mişca, important este să lăsăm partea creativă a conştientului sâ determine cum va fi acehstă mişcare. Şi este bine să ştii că, din moment ce îţi laşi mâinile să se mişte din nou, tu poţi utiliza această nouă sensibilitate oricând vei vrea, în orice moment al zilei, ori de câte ori inconştientul tău îţi va spune să iei câteva minute de pauză pentru ca acesta să facă acele lucruri care te vor ajuta fără ca tu să conştientizezi acest lucru. Astfel, li vei da inconştientului timpul şi energia de care are nevoie pentru a rezolva acele probleme atât de importante pentru tine.

Identificarea stărilor modificate ale conştiinţei.

Explorarea potenţialului hipnotic: imobilitatea corpului şi anestezia.

d) ... Şi în timp ce mâinile tale se apropie, tu poţi înţelege ce altceva se întâmplă. Mâinile devin rigide şi amorţesc ? Este ca şi cum mâinile tale s-ar afla într-o pereche de mănuşi groase şi moi, astfel încât nu mai simt nimic ? Aceste mănuşi sunt atât

Răspunsuri idcosenzoriale.

de groase încât căptuşeala lor nu permite mâinilor tale să se apropie mai mult de cinci centimetri una de cealaltă ?

e) ... Şi în timp ce continui poţi înţelege senzaţiile feţei tale. Cu toţii cunoaştem căldura pe cure o simţim pe faţă sau în alte părţi ale corpului când ne înroşim datorită

f) emoţiilor. Iar tu poţi să nu înţelegi exact de ce se întâmplă acest lucra, dar inconştientul tău ştie exact cum să simtă această căldură. Poţi simţi această căldură în acest moment ? (Pauză). Şi în timp ce simţi această căldură, mâinile tale se vor îndepărta pentru a măface să înţeleg acest lucru sau vei mişca uşor din cap în semn de confirmare ? (Pauză)... Sau vei clătina capul în semn de negaţie ?

...Dacă inconştientul tău este acum pregătit pentru a permite să se adâncească această transă, ca în acea intervenţiile terapeutice viitoare. stare de confort pe care o ai înainte de a adormi, vei simţi mâinile şi braţele cum încep să devină din ce în ce mai grele (Pauză. Terapeutul aşteaptă apariţia mişcărilor ce vor semnala că subiectul simte această greutate). „Şi în timp ce mâinile coboară din ce în ce mai mult, starea de confort devine din ce în ce mai profundă. Dar mâinile nu se vor aşeza pe genunchi până când inconştientul tău nu vafi cu adevărat pregătit să se odihnească şi apgi să dobândească şi alte abilităţi hipnotice care vor fi utile pentru ceea ce îţi propui. "

Adâncirea transei şi pregătirea pentru

ANEXA 6

Calatoria ia o stanca

(Hunter, 1988, pp. Î01-104)

Această visare începe, ca multe altele, pe o pajişte, o foarte, foarte frumoasă pajişte, într-o minunată zi aurie; una din acele zile care uneori vin la sfârşitul verii. Crezi că vara s-a terminat şi vântul şi ploile toamnei au sosit, şi dintr-o dată apare această minunată zi aurie.

Cerul are o nuanţă anume de albastru, care apare doar in zile ca aceasta. Soarele este cald şi hrănitor. Bate o briză uşoară, care face să foşnească frunzele copacilor şi şuşoteşte prin iarba pajiştei. Totul miroase plăcut.

Intr-o parte a pajiştei este un crâng, şi cum te uiţi la copacii din crâng, te minunezi cât de multe nuanţe de verde sunt în natură: verde deschis şi verde închis, verde-cenuşiu şi verdc-albăstmi, verde ca mărul, oliv - şi poate ici şi colo câte o sclipire de purpuriu sau auriu.

Hoinăreşti pe pajişte, îndreptându-tc spre crâng, dar înainte să ajungi la el, spre surpriza ta, găseşti un pârâu între tine şi el. Nu l-ai văzut până acum din cauza ierbii înalte de pe pajişte.

într-o zi, ar putea fi amuzant să te întorci să vezi de unde vine râul, dar astăzi porneşti să cauţi unde duce el.

Aşa că începi să urmezi poteca de-a lungul malului râului. Şi astfel descoperi că acest pârâu se schimbă de mai multe oxj, urmându-şi cursul. Un timp este un pârâiaş idilic, aşa cum era atunci când l-ai găsit la început; apoi se lăţeşte, devenind mai larg şi mai puţin adânc, soarele strălucind şi dansând pe undele sale, iar apa fiind atât de limpede, încât poţi vedea fiecare pietricică din albia râului.

în altă parte el este mai îngust, mai adânc, răsucindu-se şi întorcându-se, schiţând mici vârtejuri şi curenţi in verşi, care te fac să te minunezi de forţele de sub suprafaţa apei.

Iar mai încolo este o porţiune unde copacii sunt atât de aproape de malurile râului, încât soarele nu se mai vede printre ei, iar rădăcinile copacilor ies afară prin potecă, încât trebuie să urmăreşti cu atenţie unde pui piciorul ca nu cumva să te împiedici şi să cazi. Şi locul este întunecos şi răcoros, singuratic şi trist; şi pare să continue astfel încă mult timp.

Dar cu timpul pare că devine puţin mai luminos şi uitându-te în

ANEXA 6

sus poţi vedea mici pete de albastru printre ramuri, iar copacii încep să se rărească din nou, soarele trece printre frunze, iar poteca devine netedă din nou.

Râul acum parc să fie cumva mai hotărât pe măsură ce se întoarce către destinaţia lui. Şi destul de sigur, în scurt timp vei ajunge în locul unde se va întâlni cu o apă mai mare - un lac sau un golf - şi se va vărsa în ea.

Este un loc foarte plăcut. Există aici o mică plajă pe care nu pare să fie cineva şi totuşi te simţi cumva bine venit. Auzi sunetul uşor al apei îzbindu-sc de ţărm; s-ar putea chiar să auzi chemarea

unei păsări sau a unui cu funciar, sau plescăitul uşor al unui peşte la câţiva metri de ţărm. Poate că-ţi dai jos pantofii şi ciorapii, aşa încât să poţi simţi pietricelele şi nisipul cald sub tălpi.

Rătăceşti într-o dulce visare dc-a lungul plajei şi apoi, făcând o cotitură, descoperi că plaja s-a sfârşit. Aici a răsărit o stâncă imensă, iar plaja a devenit doar o panglică îngustă la picioarele stâncii.

îţi pui ia Ioc pantofii şi mergi dc-a lungul acestei panglici, punându-ti mâinile pe stâncă pentru a te sprijini, astfel încât să nu-ţi uzi picioarele. Şi imediat vei deveni conştient de un sentiment destul de ciudat - ca şi cum un fel de putere ar veni prin mâinile tale de la stâncă.

Şi când ai ajuns de partea cealaltă, pentru că desigur asta este o stâncă fermecata, observi o uşă tăiată în piatră, o uşă puţin întredeschisă.

Aşa că intri înăuntru şi descoperi că te afli într-o sală imensă, un fel de atrium. Din nou se parc că nu mai este nimeni altcineva acolo, dar te simţi bine venit. Este un spaţiu foarte frumos. Unul dintre primele lucruri pe care le observi, lipit de un perete, este un imens seif, şi cumva ştii că este acolo pentru tine, pentru a depozita în ei orice îngrijorare, povară sau grijă pe care le-ai dus cu tine în orice parte a vieţii tale. Aşa că faci asta, folosind atât de multe sertare ale seifului de câte ai nevoie, închizându-le cu atenţie şi punând cheile într-un loc foarte sigur, poate legate cu un şiret la gâtul tău. ***

Sitntjndu-tc mult mai liber, acum, că te-ai scăpat de greutatea acestor poveri, continui să explorezi sala de la intrare şi, după puţin timp, descoperi într-un mic alcov intrarea într-un coridor.

Şi cumva, tu ştii câteva lucruri. Ştii că vei merge pe acel coridor şi că vei fi în siguranţă, dar va fi foarte ciudat; şt toate acestea se şi întâmplă.

Cobori prin acel coridor şi eşti în siguranţă, dar cu certitudine pare foarte ciudat. Ai o senzaţie de *deja vu,* deşi nu-ţi aminteşti să fi fost aici înainte. E cald şi totuşi aerul este proaspăt; este întuneric şi totuşi cumva poţi vedea.

Şi pentru unii coridorul este scurt, drept, în timp ce pentru alţii el este mai lung şi probabil întortocheat; pentru unii este îngust, iar pentru alţii c larg, dar pentru toţi el conduce spre cea mai frumoasă încăpere pe care ai văzut-o vreodată. Este pur şi simplu splendidă! Arată ca şi cum ar fi luminată de razele soarelui - şi tu ştii că asta este imposibil şi totuşi aşa pare.

Undeva, în această încăpere, vei găsi pe cineva sau ceva care are anumite informaţii pentru tine, ceva de comunicat.

Poate fi o persoana şi, dacă este aşa, o poţi recunoaşte sau te poţi întreba dacă ai mai întâlnit-o vreodată înainte; dar s-ar putea să nu fie o persoană. Ar putea să fie o carte sau o scrisoare sau o fotografie, ceva la radio sau la televizor, un avertisment dintr-un cufăr de stejar pe care l-ai putea găsi acolo; ar putea fi chiar un căţeluş sau o pisicuţă, sau o mică jucărie.

Ceva sau cineva care are unele informaţii pentru tine.

Şi aceste informaţii îţi pot apărea în cuvinte sau ca un gând limpede, dar mai degrabă vor veni ca un fel de senzaţie, ca o intuiţie : o clarificare, poate - vechiul răspuns: Aha! ; sau găsind o legătură între un factor într-o anumită situaţie şi un alt factor într-o situaţie complet diferită, iar înţelegerea acestei legături îţi este de ajutor. Sau poate fi pur şi simplu senzaţia că undeva, adânc în eul tău interior, ceva s-a schimbat, un anume proces progresează, şi îţi va aduce în timp rezolvarea.

Acum, petrece puţin timp în această cameră, atât cât doreşti în timp hipnotic şi aproximativ un minut în timpul arătat de ceas, pentru a te bucura cât mai deplin de

acest Ioc minunat.

Pacientul este lăsat în liniște aproximativ un minut.

Foarte bine.

Este timpul acum să părăseşti această încăpere. Dar să ştii că oricând te poţi întoarce aici, oricând vei dori acest lucru, pentru că această cameră îţi aparţine, este în interiorul tău.

Iar acum, întoarce-te prin coridor, până în sala de la intrare. Şi dacă într-adevăr trebuie să faci acest lucru, poţi să-ţi recuperezi una sau câteva dintre poverile pe care le-ai depozitat aici. Dar ştii că sertarele seifului sunt sigure.

Şi apoi, ieşi pe poartă, lăsând-o puţin întredeschisă pentru atunci când vei dori să te întorci, şi revii pe panglica de plajă de la baza stâncii, din nou punând mâinile pe piatră pentru a te sprijini şi încă o dată simţi sentimentul că puterea suportul, stabilitatea, securitatea vin din interior.

Şi apoi te întorci de-a lungul plajei, şi de-a lungul potecii de pe malul râului, până când ajungi din nou la pajişte.

ANEXA 7

Povestirea „Noroc? Ghinion? Cine ştie?"

(adaptare după Burns. 2001)

„A trăit cândva un fermier sărac, care se îngrijea de mica lui gospodărie ajutat de unicul lui fiu, abia ajuns la vârsta majoratului. într-ana din zile, tocmai atunci când băiatul fermierului se străduia să înhame calul tatălui său la căruia, un fulger orbitor despică cerul în două, urmat aproape instantaneu de un tunet nâpraznic, care literalmente cutremură pământul. înspăimântat, calul se ridică în două picioare, cu un nechezai sforăitor şi profitând de faptul al băiatul se dădu şi el speriat doi paşi înapoi, se năpusti mânat de teama elementară ce-l cuprinse, înspre pădurea deasă ce se învecina cu ferma. Zadarnic încerca băiatul să-l oprească, precum de prisos se dovedi şi încrâncenarea cu care încercă să ţină pasul cu. animalul speriat de moarte, alergând fără sorţi de izbândă pe urmele lui. După numai câteva minute de cursă inegală, pe băiat îl trădară picioarele şi se prăbuşi epuizat pe pământul udat cu generozitate de ploaia care se revărsa din abundenţă. Ridică privirea tocmai la timp pentru a mai putea zări silueta puternicului animal de tracţiune înainte de a dispărea printre copaci. Tropăitul surd al copitelor potcovite, acompaniat de trozfletul câte unei crenguţe strivite sub greutatea calului angajat in goana-i nebună, se auzi din ce în ce mai încet, pierzându-se într-un final cu totul. Disperat, băiatul mai aşteptă, poate doar un ceas, poate chiar mai mult, sperând că unica avere a familiei nevoiaşe ar putea reveni, dar în cele din urmă fit nevoit să se întoarcă necăjit acasă. Vestea necazului se împrăştie cu repeziciune printre vecinii care se simţeau datori să-l asigure pe fermier de compasiunea lor, lamentându-se ca de o mare tragedie. «Vai ce ghinion pe capul tău ! » - ziceau, frângându-şi mâinile. Păgubitul le răspunse însă cu multă seninătate: «Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ?».

Zilele care au urmat au fost de muncă grea pentru fermier şi fiul lui. Cei doi bărbaţi erau nevoiţi să suplinească prin propria lor trudă lipsa calului şi, spre lauda lor, o făceau fără să-şi deplângă soarta. Ar fi greu de apreciat câte zile trecuseră de când calul le dispăruse, pentru că nu aveau vreme să le numere, până când într-o zi, în zori de ziuă fură treziţi de tropot de cai şi de un nechezat atât de cunoscut lor. Şi doar mirarea le fu mai mare decât bucuria atunci când sărind pe geam şi privind pe fereastra modestei căsuţe, zăriră fugarul, îndreptându-se cu capul ridicat înspre ferma pe care toţi credeau că o părăsise o dată şi pentru totdeauna. Şi pentru ca surpriza tatălui şi fiului să fie de proporţii şi mai mari, calul era urmat asemeni unui conducător de oşti, de o mică ceată de cai sălbatici, sănătoşi fi vânjoşi. Mai mult chiar, micuţa herghelie se lăsă mânată cu docilitate, după poarta pe care fermierul o închise cu multă grijă în urma căluţilor.

Nici de astă dată nu fu nevoie de prea multă vreme pentru a se afla printre vecini de cele întâmplate. Fermierii veneau înainte de a porni la lucru, să admire frumuseţile de cai, adunate în. ograda vecinului lor şi nu conteneau să exclame: «Ce noroc pe capul tău! Ce noroc!». însă fermierul clatină din nou din cap şi le răspunse pe obişnuitul său ton potolit: «Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ? >.

Treptat, lucrurile reintrară în normai. Fermierul şi băiatul îşi vedeau liniştiţi de

ANEXA 7

treabă, rând pe rând caii noi veniţi se lăsau struniţi. Viaţa fermierilor devenea pe nesimţite mai prosperă, datorită atât noilor veniţi, cât şi vremii care se dovedise a fi deosebit de prielnică pentru recolta din acel an. Seară de seară băiatul întors de la câmp se dedica noii sale îndeletniciri favorite : stranirea celui mai frumos şi mai nărăvaş dintre caii sălbatici. în mod cert, prietenia era pe înfiripate, căluţul bucurându-se chiar de mângâierea pe gât şi pe spate, dar nesuportând

deocamdată să fie călărit. De cate ori încercă, băiatul fu zvârlit si trântit aproape instantaneu. Băiatul câştigă secundă cu secundă si ştia că va veni ziua în care lupta se va încheia cu victoria lui. învăţase de la tatăl său ce înseamnă răbdarea şi asta îl ajută mult. In seara cu pricina părea că în sfârşit eforturile şi răbdarea i-aufost răsplătite. Rezistase cu mult peste cât reuşise oricând altcândva să stea călare pe calul pe care tatăl lui i-l promisese cadou atunci când îl va struni. îmbătat de perspectiva succesului, vigilenţa lui adormi pentru o clipă. Suficient însă pentru afi trântit cu violenţă la pământ. Instantaneu o durere nemaicunoscută de el până atunci îi cuprinse ca o flacără vie piciorul drept. Piciorul rupt devenise inutilizabil şi nici măcar privirea ce părea plină de compasiune a căluţului care se învârti neputincios în jurul lui nu putea să-i insufle suficientă putere pentru a se ridica. Fu nevoit să-şi cheme tatăl în ajutor, care la rândul lui îşi dădu seama că piciorul este fracturat. Medicul aplică o alelă ghipsată şi îi prescrise băiatului şedere la pat cel puţin şase săptămâni. Fermierul, rămas pe neaşteptate fără ajutorulfiului său fu vizitat de vecinii care comentau Ui modul lor zgomotos cele întâmplate:«Vai ce ghinion ai putut avea. Acum fiul tău va fi nevoit să stea (intuit de pat şi tu ai rămas fără ajutor». Singurul, care şi de data aceasta îşi păstră calmul, fu din nou fermierul atât de încercat de soartă: «Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ? » - le răspunse.

Zilele următoare fuseseră extrem de agitate. Ţara intră în război cu unul dintre vecini şi toţi tinerii apţi pentru luptă fuseseră mobilizaţi. Fiulfermierului, asemeni celor din generaţia lui, primise ordin de încorporare, dar comisia medicală îl scutise de înrolare după ce se constată că este imobilizat de fractură. Necăjiţi, sătenii se adunară iar la casafermierului. «Vezi ce noroc a căzut iar peste tine! Băieţii noştri au fost luaţi toţi în război şifiul tău a scăpat, fiind cu piciorul rupt.» Nici de data asta însăfermierul nu păru să le împărtăşească opinia. «Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ?» - le răspunse el pe obişnuitul lui ton prudent. Şi pentru că ceilalţi îl priveau stupefiaţi, adăugă:«Vedeţi, norocul şi ghinionul sunt întotdeauna relative şi veşnic schimbătoare. Ceea ce azi ţi se înfăţişează ca o mare nenorocire, nu mai departe de mâine se poate transforma într-o adevărată şansă. Cum se întâmplă atunci când ploi abundente se revarsă asupra unui meleag. Pământul uneia dintreferme, astfel irigat poate da o recoltă record, în timp ce inundaţiile înăbuşă toată producţia vecinului. în vara următoare însă norocul se poate inversa. Recolta bogată din anul precedent poate lăsa pământul primeiferme sterp şi prin urmarefermierul care în urmă cu numai câteva luni nu contenea să-şi numere banii, se va îngloda în datorii. In schimb, celălalt pământ, regenerat după un an în care nu a produs nimic, va putea da o recoltă mai abundentă ca oricând. De fapt, nici nu contează atât de mult ce se întâmplă în mod real, ci mai degrabăfelul în care noi interpretăm cele întâmplate. Norocul şi ghinionul nu sunt nimic altceva decât valorile pe care noi, o \anenii le atribuim unor întâmplări care în sine nu sunt nici bune, nici rele. De asta, indiferent că veniţi pentru a mă asigura de compasiunea şi condoleanţele voastre sau că vă înghesuiţi pentru a măfelicita pentru norocul care a dat chipurile peste mine, eu vă voi răspunde invariabil: Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ?»."

ANEXA
308

Managementul **durerii printr-o** abordare strategică. HARP (Hypnotic Ability and Response Profile)

(după Eimer & Freeman, 1998)

Notă : exerciţiile şi sugestiile care urmează sunt precedate nr-varianta originală a strategiei HARP de mai multe teste de sugcstibililatc care îşi propun să stabilească nivelul de hipnotizabilitate al subiecţilor. în lipsa acestora, recomandăm terapeuţilor care doresc să utilizeze scenariile care urmează fie Să le utilizeze progresiv (fiind atenţi la*feedback*-|i| furnizat de pacienţi), fie să stabilească nivelul de hipnotizabilitate al pacienţilor cu ajutorul altor teste de sugestibilitate, apoi să utilizeze scenariul adecvat.

Excrcifiu de autohipnoză pentru subiecţii cu hipnotizabilitate scăzută

„Anterior am parcurs împreuna o serie de exercifii diferite, pentru a afla care sunt acele metode de relaxare şi itnagerie care ţi se potrivesc cel mai bine, care te pot ajuta în cea mai mare măsură să-fi distragi atenţia de la durere si am văzut că ai răspuns foarte bine la unele sugestii. şi nu ai reacţionat în foarte mare măsură la alteţe, si această informaţie este foarte importantă pentru noi amândoi. Iar acum, as dori să vedem dacă putem utiliza această informaţie importantă pentru a crea un exerciţiu de autocontrol, pe care ii vei putea practica de unul singur (de una singură), pentru a-ţi putea distrage atenţia de la durerea cu care te confrunţi. Aş dori deci să-ţi propun următorul exerciţiu, pe cure de aici încolo îl vei putea practica şi de unul singur (de una singură). înainte de toate, aş dori să parcurgem împreună acei paşi care alcătuiesc acest exerciţiu şi totodată să-ţi ofer posibilitatea de a-l încerca aici, împreună cu mine. Şi cel mai util lucru ar fi să păstrezi o atitudine deschisă faţă de acest exerciţiu, pentru că astăzi, aici, s-ar putea să simţi nişte diferenţe semnificative, după cum s-ar putea să nu simţi nici o modificare deosebită. Şi aş dori să te rog să acorzi o şansă acestui exerciţiu, practicându-l zilnic, de mai multe ori, începând cu ziua de azi şi până la următoarea noastră întâlnire. Şi sunt cât se poate de sigurfă), că dacă eşti de acord cu această propunere, vei putea constata că acest exerciţiu te poate ajuta să ie eliberezi de durerea cu care te confrunţi, pentru că majoritatea persoanelor care se confruntă cu acelaşi tip de problemă ca şi tine şi care reacţionează la exerciţiile pe care le-am făcut împreună în acest fel, constată că, pe măsură ce practică acest exerciţiu mai mult, cu atât practicarea lui devine mai uşoară şi mai benefică. Să trecem acum la exerciţiu: înainte de toate, acorăă-ţi câteva minute şi caută să te instalezi Cât mai confortabil, închide ochii, lasă-tepe spate şi relaxează-te, iar acum respiră de câteva ori profund şi de fiecare dată când expiri, imaginează-ţi că evacuezi o parte din tensiunea pe care o simţi în corp. Lasâ-ţi pleoapele să rămână închise pe lot parcursul exerciţiului, concentrează-ţi toată atenţia asupra ochilor, simte-ţi ochii relaxându-se în aşa măsură. încât pur şi simplu nu le vine să se deschidă, iar atunci când ştii că ochii suni atât de relaxaţi, încât pur şi simplu nu le

vine să se deschidă, răspândeşte această relaxare în tot corpul tău. în al doilea rând, începând cu maxilarul şi coborând de-a lungul corpului, modifică înjiecare parte a corpului tău existenţa unor tensiuni şi încordări, şi lasă-le să se elibereze de aceste tensiuni şi

încordări, dă drumul acestor tensiuni... coboară în continuare parcurgând gâtul, umerii, braţele, mâinile, pieptul, abdomenul, spatele, fesele, coapsele, gambele, picioarele şi simte în fiecare parte a corpului, asupra căreia îţi concentrezi atenţia, cum muşchii devin din ce în ce mai relaxaţi, mai inerţi, şi mai destinşi... iar atunci când ştii că o anume parte a corpului tău s-a relaxat atât de mult pe cât de mult o poţi relaxa, continuă, deplasându-ţi atenţia înspre următorul segment al corpului, lăsând ca senzaţia plăcută de relaxare să se răspândească, pornind din acel Ioc, in tot corpul. în al treilea rând, vei putea constata că numărând încet până la 10, poţi învăţa să te relaxezi şi mai profund, să-ţi aprofundezi în şi mai mare măsură starea de relaxare. începe deci să numeri lent, până la 10. Vei putea, de asemenea, descoperi că, evocând o amintire plăcută, dătătoare de confort sau capabilă să-fi încălzească sufletul, te vei putea relaxa şi mai mult, şi mai mult. Pe de altă parte, s-ar putea să descoperi că a te imagina angajându-te activ într-o activitate plăcută, eventual chiar viguroasă, te poate ajuta în foarte mare măsură să-ţi distragi atenţia de la durere, pentru o anumită perioadă. Oricare dintre aceste metode se va dovedi a fi eficientă, rezultatul va fi foarte mulţumitor. Fiecare persoană îşi are modalităţile preferate prin care îşi poate distrage atenţia sau prin care se poate angaja în reverie. în sfârşit, al patrulea pas al exerciţiului tău este să-ţi atragă atenţia asupra ideii că nu există o modalitate unică, cea mai potrivită pentru a te elibera de durere, fiecare persoană fiind diferită, şi la fel diferită este şi durerea trăită de fiecare persoană, şi ceea ce este cu adevărat interesant în legătură cu acest lucru, este că tot aşa, diferită va fi şi forma preferată de eliberare de durere, a fiecărei persoane. Ceea ce este important, este să faci ceva pentru a-fi distrage la modul activ atenţia de la durere... aşadar, în timp ce te concentrezi la modul activ asupra răspândirii senzaţiilor de relaxare, în întreg corpul tău, în timp ce numeri, în timp ce-ţi imaginezi activităţi plăcute sau orice altceva, poţi de asemenea medita asupra ideii că nu poţi trăi durerea decât aşa cum este ea interpretată. Asta înseamnă că mai întâi simţi o senzaţie de durere, mai apoi o interpretezi, ţi-o explici, o înţelegi, sau faci un comentariu pe marginea ei pentru uzul tău personal şi, în sfârşit, o trăieşti, o percepi şi o suporţi, bazându-te pe modul în care ai perceput-o şi ai înţeles-o. Scopul pentru care îţi însuşeşti acest exerciţiu de autocontrol destinat controlului durerii, este să faci în aşa fel încât durerea pe care o simţi să devină mai suportabilă, mai tolerabilă. Poţi aşadar să rămâi împreună cu senzaţiile tale de durere în prezent sau poţi călări valurile durerii, sau îţi poţi distrage atenţia, cum poţi tu mai bine, gândindu-te la altceva, dar e bine să ştii, că atunci când te îngrijorezi, gândindu-te la durerea pe care o vei simţi în viitor sau când te tulburi, amintindu-ţi durerile din trecut, aceste lucruri pot amplifica durerea cu care te confrunţi în prezent, deci este mai bine să rămâi ancorat în prezent sau să te gândeşti la alte lucruri mai plăcute... Oricum, ceea ce este foarte importantftste să faci ceva. Pe de altă parte, uneori, să nu faci nimic înseamnă să faci ceva, şi optând la modul activ pentru o alternativă de înfruntare a durerii, faci ceva, şi acest lucru te va ajuta să găseşti uşurarea, eliberarea de durere şi să te simţi mai bine."

Exerciţiu de autohipnoză pentru subiecţii cu hipnotizabilitate medie

„Mai înainte ţi-am sugerat că vei fi capabil în viitor să intri într-o stare de autohipnoză relaxantă, practicând un exerciţiu simplu, ce constă în câţiva paşi, iar aceşti paşi sunt derivaţi din exerciţiile pe care le-am parcurs aici, împreună, şi-n cele ce urmează vom parcurge împreună aceşti pagi. Practicând exerciţiul de autohipnoză, vei descoperi că-ţi vine din ce în ce mai uşor să filtrezi suferinţa din durere, atunci când te relaxezi, şi când îţi concentrezi atenţia înspre interior. Paşii din care se constituie acest exerciţiu de autohipnoză sunt următorii: în primul rând îţi ridici privirea înspre creştetul capului, iar după aceea, în timp ce continui să priveşti în sus, încet, îţi închizi pleoapele, inspirând profund, şi reţinând apoi respiraţia. în al doilea rând, expiri tot aerul, şi-n timp ce te eliberezi de tensiune, îţi relaxezi ochii, şi laşi

pleoapele să rămână închise. în al treilea rând, îţi permiti să trăieşti în întreg corpul tău, un sentiment plăcut de relaxare, şi-ţi imaginezi cum senzaţiile plăcute de relaxare, de plutire, de uşurare, sau orice alte senzaţii plăcute, se răspândesc în tot corpul tău, pornind dinspre cap înspre picioare, în timp ce numeri încet, lent, în gând, până la 10. în al patrulea rână, în timp ce numeri până la 10, te concentrezi asupra corpului tău, care se simte din ce în ce mai relaxat, şi imaginează-ţi senzaţiile de uşurare, şi plutire, care se răspândesc într-unui din braţe. Lasă braţul acesta să se simtă uşor, imaginează-ţi

6. Rigiditatea braţului (braţul stâng)
St cerc subiectului să-şi imagineze că braţul siâng, perfect întins, devine rigid. „Din ce în ce mai rigid... Rigid... ca a bară de fier... Şi voi ştiţi cât de dificil,..- cât de dificil, chiar imposibil este să îndoi o bară de fier aşa cum a devenit braţul vostru. Vedeţi în ce măsură braţul vostru este rigid ca o bară de fier... Verificaţi în ce măsură braţul este rigid ca o bară de fier... Verificaţi în ce măsură este el dur si rigid... încercaţi să-l îndoiţi... încercaţi... Fcarte bine. Acum. încetaţi orice efort.'

- fenomen involuntar.

7. Apropierea mâinilor
Cu braţele întinse, palmele ţaţă în faţă, se sugerează subiecţilor să-şi imagineze că o forţă de atracţie se exercită intre cele două mâini făcându-lc să se apropie una de alta.

- comportament involuntar.

8. Inhibiţia comunicării
„ Sunteţi acum foarte destinşi... profund destinşi. Gândiţi-vă cât de greu ar fi să comunicaţi cu ceilalţi atunci când sunteţi profund destinşi. Poate la fel de dificil ca atunci când dormiţi. Mă întreb dacă aţi putea da din cap pentru a spune nu. Sincer (sic!) nu cred că aţi putea face acest lucru. Mai târziu, atunci când vă voi cere, veţi putea încerca să daţi din cap pentru a spune nu. Dar gândesc că vă veţi da seama cât este de dificil de făcut acest lucru. De ce să nu încercaţi.acum să daţi din cap pentru a spune nu?... încercaţi să daţi din cap..."
Anularea sugestiei.

- această blocare nu mai vizează un fenomen psihologic sau un comportament elementar, ci o conduită. Vedem aici sugestii care vizează climatul relaţional. Formulările sunt interesante: „sincer eu nu cred câ aţi putea", „aţi putea încerca..." (implicarea eşecului probabil).

9. Halucinaţia unei muşte
„Sunt sigur că sunteţi atât de concentraţi asupra a ceea ce facem încât nu aţi observat că o muscă nu a încetat în tot acest timp să bâzâie în jurul vostru... Dar, pentru că acum menţionez acest fapt, deveniţi din ce în ce mai conştienţi de această muscă care nu încetează să zboare deasupra capului vostru... Din ce în ce mai aproape de voi... Cu un bâzăit dezagreabil... Ascultaţi bazaltul care devine din ce în ce mai puternic pe măsură ce ea continuă să se apropie de voi... Vă simţiţi iritaţi de acest musafir nepoftit... Aţi dori să o îndepărtaţi... Să vă debarasaţi... Ea vă irită... Hai, izgoniţi-o dacă doriţi..."
Anularea sugestiei (ea a plecat).

- sugestie de alterare senzorială. Halucinaţia este un cuvânt prea mare pentru a descrie reuşita acestei sugestii când subiectul izgoneşte musca. Dar s-ar găsi uşor alte exemple mai convingătoare.
Se remarcă faptul că operatorul minte subiectul devenit naiv. Până atunci era vorba de realizarea unei sugestii, adică i se cerea subiectului să-şi imagineze o situaţie şi să vadă efectele ideii sugerate. Acum este vorba de a obţine realizarea unui comportament legat de o alterare senzorială.
- comportament involuntar sau fenomen fiziologic.
- implicaţia nu este clară, acum când subiectul nu mai poate să folosească întreaga sa voinţă.

10. Catalcpsia pleoapelor
Se sugerează că pleoapele sunt lipite. Se

continuă: „Mă îndoiesc foarte tare că aţi putea chiar în câteva momente să deschideţi ochii. Pleoapele sunt atât de bine închise incât vă este imposibil să le deschideţi. Poate aţi dori totuşi să încercaţi să le deschideţi, chiar dacă simţiţi că ele sunt atât de complet... atât de ermetic închise. Hai, încercaţi... încercaţi să deschideţi ochii..?'.
Anularea sugestiei.

permiţi restului corpului tău să râmând sănătos, să devină mai puternic din nou, [dacă este nevoie se mai adaugă], şi să te menţii departe de spital ţi de medicamente. Şi te vei simţi din ce în ce mai bine, comunicându-i corpului tău cum să amplifice aceste senzaţii de amorţeală, in locul celor de durere. Atunci când veifi pregătit (ă) să ieşi din această plăcută stare de autohipnoză, la 5 fii pregătitfă), la 4 rămânând în continuare cu pleoapele închise, ridică-ţi privirea înspre creştetul capului, la 3 deschide pleoapele, la 2 cu pleoapele deschise relaxează-ţi ochii şi priveşte-ţi mâna ridicată, şi în sfârşit, la 1, închide mâna în pumn, şi relaxează-ţi mâna, şi aşază-ţi din nou antebraţul tn poziţia iniţială, respiră de câteva ori profund, In timp ce senzaţiile normale revin în braţ şi-n restul corpului. Vei rămâne în continuare relaxat(6), dar totodată treazfă), şi toate părţile corpului tău îşi vor redobândi senzaţiile normale de control, deşi vei continua să reţii acele senzaţii plăcute, care te vor ajuta în continuare săfiltrezi suferinţa din durere,"

Tipuri de sugestii ce pot fi introduse în exerciţiul de autohipnoză (in cele 3 min.):

I. Sugestii asociate cu ameliorarea toleranţei la frustrări:
- „Pot controla această durere (problemă)";
- „Pot trăi fără această durere (problemă)" ;
- „îmi pot face timp pentru a mă relaxa" ;
- „Mă pot bucura în continuare de lucrurile care-mi plac";
- „Voi supravieţui acestei dureri" ;
- „îmi pot face timp pentru a mă relaxa";
- „Mă mai pot bucura de anumite lucruri" ;
- „îmi pot controla comportamentul" ;
- „Chiar dacă durerea e prezentă, pot trăi fără suferinţă".

II. Sugestii asociate cu înlocuirea neajutorării, a victimizării, cu sentimentul eficientei şi dispunerii de resurse:
- „Pot face anumite lucruri pentru mine" ;
- „îmi pot controla durerea, influenţându-mi gândirea şi comportamentul" ;
- „Dispun de alternative, sunt deci puternic(ă)" ;
- „Pot face ceva pentru a mă ajuta" ;
- „întotdeauna există ceva ce pot face";
- „îmi pot purta de grijă" ;
- „Sunt bine aşa cum sunt" ;
- „Pot avea încredere îrfthine" ;
- „Pot face ceea ce trebuie pentru a mă simţi mai bine" ;
- „Munca îmi face bine" ;
- „Organismul meu învaţă să devină din ce în ce mai receptiv faţă de gândurile mele";
- „îmi pot reprezenta imagini reconfortante pentru a mă simţi mai bine".

III. Sugestii care vizează înlocuirea perceperii constantei durerii cu variabilitatea durerii:
- „Durerea mea variază în intensitate, deşi o simt tot timpul";
- „Uneori durerea îmi dispare";
- „Sunt perioade în care mă pot simţi confortabil" ;
- „Mă simt mai bine" ;
- „Pot fi mai sănătos" ;
- „Devin mai puternic" ;
- „Pot răspândi senzaţia de confort dintr-o parte a corpului meu în oricare altă parte" ;
- „Pot filtra suferinţa din durere". [1]

1 Sugestii pentru a înlocui perceperea permanentei durerii cu perceperea temporalităţii e i:
- „Pot face diferite lucruri pentru a mă uşura de durere";

- „în fiecare zi pot face puţin mai mult, mai mult";
- „Pe zi ce trece este tot mat bine, mai bine".

V. Sugestii pentru înlocuirea ostilităţii şi alienării cu sentimentele recunoştinţei şi acceptării realităţii:

- „Pot să învăţ să iubesc din nou";
- „Mă înţeleg";
- „Pot aştepta pentru a vedea dacă pot avea încredere în tine; există oameni în care poţi avea încredere";
- „O pot scoate la capăt cu durerea mea" ;
- „Mă pot împrieteni cu durerea mea" ;
- „Durerea mea este o parte din mine şi sunt pe cale de a învăţa cum să mă raportez la ea şi cum sâ o înţeleg" ;
- „Nu ar trebui să mă aştept la prea multe din partea altora";
- „Mă voi bucura din nou/pentru întâia oară de viaţa mea" ;
- „îmi accept durerea".

VI. Sugestii pentru substituirea reprezentării durerii ca ceva misterios, cu percepţia durerii ca fiind pe deplin inteligibila:•„**

- „Pot înţelege ceea ce durerea îmi comunică";
- „îmi înţeleg durerea" ;
- „Pot înţelege de ce mă confrunt cu durerea".

VII. Sugestii pentru substituirea sentimentelor de culpă şi autodepreciere, cu acceptarea sinelui şi responsabilităţilor adecvate:

- „Sunt bine aşa cum sunt. sunt bine chiar şi cu această durere";
- „Mă pot accepta chiar cu această durere";
- „Fac tot ce pot pentru a-mi controla simptomele";
- „Pot tăsi mulţumirea în viaţa pe care o trăiesc" ;
- „Merit sâ scap de durere";
- „Acum am încredere în capacitatea mea de a mă vindeca" ;
- „Sunt mult mai mult decât durerea pe care o simt";
- „Mă accept, şi cu durere, şi fără durere";
- „Merit să mă simt bine";
- „Nu sunt vinovat(ă) că mâ confrunt cu această durere (problemă)";
- „Mă pot vedea înirufflandu-mi durerea (problema)".

Se mai poate adăuga următorul text:

„In această stare de autohipnozâ plăcută, relaxantă, poţi purta o discuţie cu propriul tău corp despre modalităţile eficiente de a-ţi reduce durerea. Ceea ce doreşti, este să filtrezi suferinţa din orice ar putea cauza acele senzaţii de durere. Vrei să diminuezi acele senzaţii de durere şi, pentru a putea face acest lucru, poţi recurge la o strategie eficientă pe care o poţi determina. Strategia utilizată ar putea consta în a înlocui durerea cu senzaţia de amorţeala sau de răcoare, sau de a înlocui durerea cu acea senzaţie care îţi poate aduce eliberarea de cea mai multă durere... sau strategia ta ar putea consta în a-ţi aduce aminte de gândurile pozitive asupra cărora te-ai concentrat mai înainte, sau ţi-aiputea imagina un fascicol de lumină având culoarea ta favorită, pe care o asociezi cu vindecarea ce străbate tot corpul tău, tndrgptându-se în special asupra acelui loc, în care este cea mai mare nevoie de ea... sau strategia ta ar putea consta în a-ţi distrage cumva atenţia dinspre durere... sau ai putea pur şi simplu pluti... sau merge în locul tău preferat, undeva pe o plajă

- „Există un tratament pentru suferinţa mea" ;
- „Sunt alte lucruri pentru care merită să trăiesc" ;

sau în munţi, sau în adăpostul tău special, fie singur, fie cu cineva... sau s-ar putea ca pur şi simplu să descoperi un gând pozitiv, pe care sâ-l poţi evoca oricând şi care să te ajute să înfrunţi durerea. Strategia ta ar putea consta în a evoca acea vitalitate şi forţa pe care le-ai avut într-un moment

anterior al vieţii tale şi-n a te bucura de acele sentimente acum, sau te-ai putea decide să le gândeşti la cineva pe care-l admiri şi. a cărui prezenţă aici te-ar bucura, te-ar putea ajuta gândul cum această persoană înfruntă adversităţile vieţii, şi cum aceasta persoană ar fi în stare să domine o durere cum este aceea cu care te confrunţi tu acum".

încheierea şedinţei de introducere a pacientului in autohipnoză

„După cum poţi vedea, uşa se prezintă practica autohipnozei. Este, de fapt, o metodă de comunicare cu propriul tău corp, prin care îi poţi spune corpului tău cum ai dori ca el să simtă şi să reacţioneze. Este o stare de concentrare relaxantă, în care corpul tău prezintă receptivitate maximă faţă de sugestiile pozitive. Constituie de asemenea o modalitate de a fi aici şi altundeva în acelaşi timp, pentru că o parte din tine este aici din punct de vedere fizic, ascultându-mă, fiind conştientă de durerea pe care o simţi, iar în acelaşi timp, o altă parte din tine poate fi altundeva, trăind sentimentul plăcerii şi distanţându-.ie de durere. Hipnoza este o stare mentală în care gândurile tale se pot orienta în acelaşi timp asupra mai multor lucruri. Asta înseamnă că în timp ce gândurile tale se concentrează asupra unor sugestii utile, care te pot ajuta să te eliberezi de durere, ele se pot îndrepta şi asupra altor lucruri, poţi auzi ceea ce se petrece în jurul tău, şi poţi furniza răspunsuri potrivite la acestea, dacă este nevoie, dar vei dori probabil să rămâi în această stare plăcută de concentrare relaxantă, pentru aţi termina exerciţiul. Această stare de conştientă, pe care o denumim hipnoză, este o stare în care vei putea pătrunde cu uşurinţă, şi pe care o vei putea utiliza cu succes pentru a-ţi controla durerea. Ea nu este somn. Este o comutare a atenţiei, pe care o poţi contrată. Din aceasta cauză, îi spunem şi autohipnoză sau antrenamentul autocontrolului. In autohipnoză, deşi te simţi foarte relaxat(ă), eşti în continuare treazfă), controlând pe toată durata exerciţiului, desfăşurarea lucrurilor, iar atunci când, după terminarea exerciţiului de autohipnoză, vei fi gata să-ţi reiei activitatea de zi cu zi, te vei simţi întotdeauna mulţumit(â) că ai practicat exerciţiul. Te vei simţi mai bine în privinţa lucrurilor legate de tine, iar la sfârşitul exerciţiului, vei dori, de asemenea, să sesizezi măsura în care te-ai eliberat de durere (sau măsura în care te-ai destins, sau în care ţi-ai diminuat anxietatea), pentru că după efectuarea exerciţiului te vei simţi întotdeauna mai bine."

Exerciţiu pentru „termometrizarca" durerii:

„Imaginează-ţi un termometru cu care-ţi masori durerea. In partea inferioară a acestui termometru avem valoarea 0, corespunzătoare lipsei durerii, în partea superioară putem citi valoarea 10, care corespunde celei mai mari dureri pe care ţi-o poţi imagina, iar atunci când vei fi capabil să vezi acest termometru al durerii, degetul tău se va ridica uşor. Poţi vedea această valoare a durerii, acum.... Ce valoare se poate citi pe «termometrul» durerii ? [«Termometrul» se poate folosi pentru a cuantifica durerea sau intervenţia asupra ei]. Atunci când termometrul tău va indica o valoare inferioară, corespunzătoare unui nivel nuii confortabil, mai tolerabil al durerii, degetul tău se va ridica". [După ce s-a introdus exerciţiul, pacientul recurge la vizualizarea lui ori de câte ori vrea să evalueze eficienţa unei strategii de control a durerii sau, terminând exerciţiul, de fiecare dată la sfârşitul lui, pentru a-şi estima nivelul durerii cu care încheie exerciţiul.}

ANEXA 9

Model de chestionar pentru determinarea raţionamentului clinic

(după Stevens & Collins, 1977, citaţi de Mead, 1990)

întrebări care pot fi puse de supervizor înainte, în timpul sau după o şedinţă terapeutică pentru a determina raţionamentul clinic a terapeutului

Selectarea sarcinilor':
- întreabă care este sarcina cea mai adecvată pentru acest client în acest moment,
- întreabă care este sarcina în care terapeutul este angajat cu acest client în acest moment,
- întreabă-te pe tine însuti care este sarcina îu care ar trebui să fie aagajat supervizorul în acest moment,
- întreabă care este modelul teoretic pe care îl apl tea terapeutul pentru realizarea obiectivelor,
- întreabă care principii ale teoriei le aplică pentru aceasta sarcină,
- întrebă care sunt variabilele teorie L care ar sugera că influenţează comportamentul, emoţiile şi cognijiile legate de aceasta sarcină,
- alege un contraexemplu pentru o variabilă insuficientă,
- alege un contiaexemphi pentru o variabilă ce nu este necesară,
- alege un exemplu cu aceleaşi variabile.

întrebări privind variabilele asociate simptomului :
- întreabă despfc variabilele antecedente,
- întreabă despre variabilele intermediare,
- întreabă despre variabilele următoare (viitoare),
- întrebă despre variabilele consecutive,
- întreabă cum depinde un răspuns sau un tip *(palteni)* de răspuns de o

variabila dată. Predicţie:
- adresează o întrebare referitoare ia predicţia unei anumite sarcini.

Confruntare:
- pune o întrebare înşelătoare (cate sâ inducă în eroare),
- formulează o regulă generală pentru *o* variabilă insuficientă,
- formulează o regulă generala pentru o variabilă inutilă.

Verificarea strategiei raţionamentului clinic şi testarea ipotezelor:
- solicită testarea unei ipoteze referitoare la o variabilă,
- întreabă care sunt variabilele relevante, demne de luat în considerare,
- testează consistenţa teoriei, principiilor sau variabilelor cu ajutorul

unei ipoteze datg- satcina - se referă la sarcinile evidenţiate in modelul orientat asupra sarcinii.

MODEL DE CHESTIONAR PENTRU DETERMINAREA RAŢIONAMENTULUI CLINIC 315

Informarea terapeutului'.

- informarea terapeutului asupra sarcinii/sarcinilor sau a relaţiei/relaţiilor corecte,
- punctarea variabilelor necesare,
- punctarea variabilelor suficiente.

Variabile insuficiente:

- formularea unei reguli generale pentru variabilele insuficiente,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă insuficientă,
- verificarea unei variabile necesare,
- punctarea unei variabile necesare.
- verificarea similaritâţilor dintre două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.

Variabile inutile:

- formularea unei reguli generale pentru variabilele inutile,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă inutilă,
- verificarea unei variabile suficiente,
- punctarea unei variabile suficiente,
- verificarea similaritâţilor între două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.

Colectarea informaţiei:

- întrebare asupra unei previziuni, ipoteze sau plan terapeutic efectuai fără suficientă informaţie,
- sublinierea unei previziuni inconsistente.
- întrebare asupra luării în considerare a unei variabile relevante,
- întrebare asupra luării în considerare a valorii unui posibil rezultat,
- întrebare asupra celor mai eficiente modalităţi de culegere a informaţiilor necesare.

Formularea ipotezelor:

- întrebare asupra variabilelor antecedente,
- întrebare asupra variabilelor intermediare,
- întrebare asupra variabilelor viitoare,
- întrebare asupra variabilelor consecutive,
- formularea unei reguli generale pentru o variabilă insuficientă,
- formularea unei reguli generaUpentru o variabilă inutilă,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă insuficientă,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă inutilă,
- examinarea unei variabile necesare,
- examinarea uneivariabile suficiente.
- examinarea similaritâţilor între două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.
- examinarea diferenţelor între două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.

Bibliografie

AKISKAL, H.S., 2000, „Mood disorders: introduction and overview", în B.J. Sadock; V.A. Sadock (eds.). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Texthook of Psychiatry,* sevemh edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, PA.

ALDEN, PH.; HEAP, M., 1998, „Hypnotic pain control: Some theoretical and practicai issues", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 46(1), pp. 62-76.

ALLADIN. A., 1994, „Imegrating hypnosis and cognitive thcrapy in the undcrstanding and management of depression", în M. Hunter (ed.), *Frontiers of Hypnosis,* West Vancouver, Seâwalk, Canada.

ALLEN, B.TH., 1998, „A design of a combined cognitive-bchavioral, biofecdback and hypnosis training protocol for thc reduction of generalized anxiety disorder", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: Thc Sciences and Engineering, voi. 59 (4-B), pp. 18-37.

ALLISON, D.B.; FAITH, M.S., 1996, „Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psycho- thcrapy for obesiiy: a meta-analytic reappraisal", în *Journal of Consulting and Clinical*
Psychology, voi. 64 (3), pp. 513-516.

ANDREWS, G.; CR1NO, R.; HUNT, C.; 1.AMPE, L.; PAGE. A., 1994, „The treaiment of anxiety disorders", în *Clinician's Guide and Patient Manuals,* Cambridgc University Press, Cambridge.

APPEL, PH.R., 1999, „A hypnoticaily mediated guided imagery intervention for hurusive imagery: creating ground for figurc", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 41 (4), pp. 327-335.

ARAOZ, D.; BURTE, J.; GOLDIN, E., 2001, „Sexual hypnotherapy for couples and family Counselors", în *Family Journal Counselling and Therapyfor Couples and Familiei,* voi. 9(1), pp. 75-81.

ARAOZ, D.L.; NEGLEY-PARKER^E., 1988, *The New Hypnosis in Family Therapy,* Brunncr/ Mazel, Publishers, New York.

ARON, L., 1996, „From hypnolic suggestion to free association: Freud as a psychotherapist, circa 1892-1893", în *Contemporary Psychoanalysis,* voi. 32 (1), pp. 99-114.

ARRIGO, B., 1998, „A hcrmeneutic-phenonienological investigation of thc process of changing limiting bcliefs about the seif in reimprinting", *va Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 59 (6-B), p. 3045.

BADDELEY, M-, 1996, „Hypnotherapy, Gestalt, EMDR and the treatment of post traumatic stress", *în Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 17 (1), pp. 41-47.

BADY, S.L., 2001, „Thc bestofboth worlds: Combining tradiţional and Ericksonian hypnosis", *in Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (1), pp. 68-77.

BAKER, H., 2001, „Hypnosis for anxiety reduction and ego-enhancement", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (2), pp. 147-151.

BANDLER, R., 1995, *Elmes vältozăsok,* Bioenergetic Kft., Budapest.

BANDLER, R.; GRINDER, J., 1975, *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milion H. Erickson, M.D.,* voi. 1., Meta Publications, Cupertino.
BANDLER, R.; GRINDER, J., 1990, *Frogs imo Princes. Neuro Linguistic Program/ning,* Eden Grovc Ed., London.
BANYAI, E.I., 1998, „The interactive nature of hypnosis: Research evidence for a social-psychobiological model", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 15 (1), pp. 52-63.

BARABASZ, A.; BARABASZ, M.; JENSEN, S.; CALVIN. S.; TREVISAN, M.; WARNER, D., 1999, „Cortical event-relatedpotentials show the structureofhypnotic suggestions is crucial", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 47 <1), pp. 5-22.

BARBER, J., 1989, „Contributionâ I'etude de l'analgesie hypnotique". în *Phoenix,* (4), pp. 2-8.

BARBER, J., 1994, „Induction rapide de l'analgesie hypnouquc", în *Phoenix,* 6 (24), pp. 37-43.

BARBER, J., 1998, „The mysterious persistence of hypnotic analgesia", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 46 (1), pp, 28-43.

BARBER, J., 1998, „When hypnosis causes trouble", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 46 (2), pp. 157-170.

BARBER, J., 2000, „Where Ericksonian legend mcets scienrific method: A comment on Matthews", *în International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 48 (4), pp. 427-432.

BARBER, TH.X,, 1999, „Hypnosis: A mature view", în *Contemporary Hypnosis,* voi 16 (3), pp. 123-127.

BARBER. TH.X., 1999a, A Comprehensive Three-âimensional Theory of Hypnosis.

BARBER, TH.X., 2000, „A deeper understanding of hypnosis: Its secrets, its nature, its essence", în *American Journal of Clinicai Hypnosis,* voi. 42 (3-4), pp. 208-272.

BARBER, TH.X.; SPANOS, N.R ; CHAVES, J.F., 1974, *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities,* Pergaraon Press, New York.

BARKER, P, 1991, *Using Metaphors in PsychotherapJ,* Brunner/Mazel, Publishers, New York.

BARLING, N.R., 1998, „Experiential analogies and hypnotherapy", *ia Australian Journal of Clinicai and Experimentat Hypnosis,* voi. 26 (1), pp. 19-25.

BARNIER, A.J., 1999, „Posthypnotic suggestion: Attention, awareness, and automaticity", în *Sleep and Hypnosis,* voi. 1 (1), pp. 57-63.

BARNIER, A.J.; McCONKEY, K.M., 1999, „Hypnotic and posthypnotic suggestion: Finding meaning in the message of the hypnotist", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 47 (3), pp. 192-208.

BARNIER, A.J.; McCONKEY, K.M., 2001, „Posthypnotic responding: The retevance of suggestion and test congruence", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 49 (3), pp. 207-219.

BARNIER, A.J.; McCONKEY, K.M., „Absorption, hypnotizability and context: Non-hypnotic comexts are not all the same", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (1), pp. 1-8.

BECK, A.T.; EMERY, G., 1999, Aszorongdsoszavarokesfâbiăk /cognitivszemlelete, Animula,
Budapest.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.R ; EMERY, G., 2001, *A depresszio kognitiv lerâpiâja,* Animula, Budapest.

BEDELL, J.R.; LENNOX, S.S., 1997, *Hanâbookfor Conununication and Problem - Solving Skills,* John Wilcy and Sons Inc., New York.

BENOTSCH, E.G., 1999, „Individual differences and psychological preparation for invasive medical procedures", în *Dissertation Abstracls International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 59 (9-B), p.

5070.
BENSON, H.; STARK, M., 1996, *Timelessflealing. The Power and Biology ofBelief* Scribner. New York.
BERGMAN, J.S., 1990, „Clinicai roadmaps forprescribingrituals", în J.K. Zeig; *S.G.* Gilligan (eds.), *BriefTherapy,* Brunner/Mazel Publ., New \brk,
BERNHEIM, H., 1973, *Hypnosis and Suggestion in Psychotherapy,* Northvale, New Jefsey, Jason Aronson Inc., London.
BERNSTEIN, DA.; BORKOVEC, T.D.; HAZLETT, S.H., 2000, *New Directions in Progressive Relaxation Training: A Guidebookfor Helping Professionals,* Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc., Westport, CT, US.
BESTEIRO GONZALEZ, J.L.; GARCIA CUETO. E.. 2000, „Utilizaci6n de Ia hipnosis en el tratamiento de la depresion mayor/The use of hypnosis in depression treatments", în *Psichothema.* voi. 12 (4), pp. 557-560.

BIBBY, H.; McCONKEY, K.M.; L1M, D., 2001, „Indexing the relationship betwcensclf-hypnosis and hetero-hypnosis", în *Contemporan/Hypnosis,* voi. 18 (1), pp. 38-48.

BIERHOFF, H.W.; KLEIN, R.. 1989, „Expectations, confirmation bias and suggestibility", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P; Eysenck, II.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion andSuggestibility : Theory and Research.* Springer-Vcrlag, Berlin, pp. 237-246.

BLOOM, P.B., 1997, IIow does a non-Ericksonian integrate Ericksonian techniques without becoming an Ericksonian '!

BORCH JACOBSEN. M.; BR1CK, D. (trans), 2000, „How to predici the past: From trauma ta repression", în *ftistory of Psychiatry,* voi. 11 (41,1), pp. 15-35.

BOURNE, R.A., 1989, „Frompanic to peace. Rccognizing the continua", în M.D. \apko (ed.), *Brief Therapy Approaches io Trealing Anxiety andDepression,* Brunner/Mazcl Publisher, New York.

BROWN, R.J., 1999, „Three dimensions of hypnosis or multiple routes to suggested responding? ", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 128-131.

BRYANT, R.A.; KOURC1I, M., 2001, „Hypnotically induced emoţional numbing", în *International Journal of Clinteai and Experimental Hypnosis,* voi. 49 (3), pp. 220-230.

BURKHARD, P. *et al.* (eds.), 1996, *Munich Lectures on Hypnosis and Psychotherapy,* M.E.G.- Stiftung, Miinchen.

BURNS, G.W., 2001, *101 Healing Stories. Using Metaphors in Therapy,* John Wiley& Sons Inc., New York.

CAGIADA.S.; CANrDlO.L.; PENNATI, A.. 1997, „Successful integrated hypnotic and psychopharmacological treatment of a war-relatcd post-traumatic psychological and somatoform dissociative disorder of two years duration (psychogenic coma)", în *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders,* voi. 10 (3), pp. 182-189.

CALÂNDRJNO, J.G., 2000, „Durability of posthypnotic suggcstion as a function of participants' posthypnotic state and difficulty level of suggcstion", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 61 (5-B), p. 2748.

CALANDR1NO, J.G.; KURTZ, R.M.; STRUBE, M.J., 2001, „Efficacy of induction and difficulty level in durability of posthypnotic suggestions", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 44 (1), pp. 13-25.

CAMINO, A.; GIBERNAU, M.; ARAOZ, D.L., 1999, „Ericksonian hypnosis : Applications in 'psychotherapy", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (1), pp. 23-38.

CAPAFONS, A.; ALARCON. A.; MEMMINGS, M., 1999, „A metaphor for hypnosis", în *Australian Journal of ClinicaUind Experimental Hypnosis,* voi. 27 (2), pp. 158-172.

CARDENA, E.. 1999, „Culture arid psychopathology: The hidden dimensions in T. X. Barber's thcory", în *Contemporan Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 132-138.

CARDENA, E., 2000, „Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention". în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 48 (2), pp. 225 -23 8.

CARDENA, E.; MA1.DONADO, J.; VAN-DER-I1ART, O.; SPIEGEL, D.. 2000, „Hypnosis", în E.B. Foa, T.M. Kcane *etal.* (eds.). *Effective treatmentsfor PTSD: Practice guidelines from the International Societyfor Traumatic Stress Studies,* The Guilford Press., New York, NY, US.

CARRESE, M.A.: ARAOZ, D.L., 1998. „Sclf-hypnosis in sexual functioning", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 19 (2), pp. 41-48.

CHAVES, J.F., 2000, Hypnosis in the Management ofAnxiety Associated mih Medical Conditions and their Treatment.

CHAVES, J.F., 1999, „Deconstructing hypnosis: A generative approach to thcory and research", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 139-143.

CITRENBAUM. C.M.; KJNG, M.E.; COHEN, W.i., 1985, *Modern Clinical Hypnosis for*

Habit Control. W.W. Norton & Co., New York.
COMEY, G.; KIRSCH. I.. 1999, „Intenţional and spontaneous imagery in hypnosis: The phcnomcnology of hypnotic responding", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 47 (1), pp. 65-85.

COTTON, D.H.G., 1990, *Stress Management. An integrated Approach to Therapy,* Brunner/ Mazcl Pubtishers, New York.
COURT, J.H.; COURT, P.C., 2001, „Rcpression: R.I.P.", *îa Australian Journal of Clinteai and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (1), pp. 8-16,
CRAWFORD, H.J., 1989, „Cognitive and Physiologicat Flexibility: Multiple Pathways to Hypnotic Responsivencss", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (cds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springcr-Verlag, Berlin, pp. 155-168.
DAFINOIU, I., 1992, „Consideraţii privind stadiul actual al cercetărilor în domeniul sugestiei", în *Analele Ştiinţifice ale Univ. „AU. Cuza ",* Psihologie-Fedagogie, T. I, pp. 76-84.
DAIGUJI, M.; HAGA, A.; KASAI, H., 2000, „Tbe relationship of imaginative involvements to personality traits and anxicty tendency", în *Japanese Journal of Hypnosis,* voi. 45 (I), pp. 24-27.
DE BETZ, B.; SUNNER G., 1985, *A Primer of Clinteai Hypnosis,* PSG Publ. Co.. Littleton.
DE BROUX, L.M.A., 1997, „The New Hypnosis; The next generation of the Ericksonian approach", în *Australian Journal ofClinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 18 (2), pp. 61-82.
DE PASCALIS, V., 1989, „Hypnotic Susceptibility, Alpha Waves and 40-H_2 EEG Rhytm, and Personality", în Gheorghiu, V.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosentbal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibitity: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 221-240.
DE SHAZER, S., 1985, *Keys To Solutions in BriefTherapy,* W.W.Norton and Co., New York.
DEGUN MATHER, M.D., 1997, „The use of hypnosifcjn the treatment of posWraumatic stress disorder in a survivor of multiple childhood trauma", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 14 (2), pp. 100-104.
DEGUN MATHER, M., 2001, „The value of hypnosis in the treatment of chronic PTSD with dissociative fugues in a war veteran", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 18 (1), pp. 4-13.
DELMONTE, M.M., 1996, „The use of hypnotic regression withpanic disorder: A case report", *în Australian Journal ofClinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 17 (1), pp. 1-5.
DESLAND, M., 1997, „Post traumatic stress disorder", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 25 (1), pp. 61-73.
DIAMOND, M.J., 1999, „Rapprochement at the millennium: A historically oriented commentary on T. X. Barber's «A comprehensive three dimensional theory of hypnosis»", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 144-145.
DITR1CH, J., 1999, „From dominatrix to Iawyer: A case study in the application of PSH therapy to a fcar of using public toilets", *în Australian Journal ofClinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (2), pp. 112-123.
DORON, A.; MENDLOV1C, SH,, 1999, „Hypnosis and Winnicott's transitional phase", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (1), pp. 36-39.
DOWD, E.T., 1997, „The Use of Hypnosis in Cognitive-Developmental Therapy", înR.L. Leahy (ed.), *Practicing Cognitive Therapy. A Guide to Interventions,* Jason Aronson, London.
EDMONSTON, W.E., 1989, „Conceptual Clarification of Hypnosis and its Relationship to Suggestibility", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 69-78,
EDMONSTON, W.E. jr., 1989, „Psychophysiological and Psychobiological

Aspects of Suggcstivc Processes: A Commentary", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (cds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 249-252.

EDWARDS, L.A., 1999, „Self-hypnosis and psychological interventions for symptoms attributed to Candida and focd intolerance", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (1), pp. 1-12.

EIMER, B.N., 2000, „Clinical applications ofhypnosis for brief and efficient pain-management psychotherapy", în *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis,* voi. 43 (1), pp. 17-40.

EIMER, B.N.; FREEMAN, A., 1998, *Pain Management Psychotherapy. A Practicai Guide,* John Wiley & Sons Inc., New %rk.

ELKINS, G.R., 2000, „Hypnosis, gricf and mourning", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 28 (1), pp. 61-73.

ELKINS, G.R.; HAMMOND, D.C., 1998, „Standardsoftraining inclinical hypnosis; Preparing professionals for 01621" century", *în American Journal of Clinteai Hypnosis,* voi. 41 (I), pp. 55-64.

ELKINS, G.R.; WALL, V.J., 1996, „Medical refcrrals for hypnotherapy: Opinionsofphysicians, residents, family practice outpaticnts and psychiatry outpatients", în *American Journal of Clinica!Hypnosis,* voi. 38 (4), pp. 254-262.

ELLIS, A., 1996, „Using hypnosis in raţional-emotive behavior thcrapy in die case of Ellen", în S.J. Lyrrri; I. Kirsch *et al.* (eds.), *Casebook of clinicul hypnosis.* American Psychological Association, Washington DC, US.

ELLIS, A., 2001, „Changing die usc ofhypnosis in my practice", în S. Kahn; E. Fromm (cds.), *Changes in Ihe therapist,* Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Mahwah. NJ, US.

ELLIS, A.; DRYDEN, W., 1997, *The Practice of Raţional Emotive Behavior Therapy,* Springer Publishing Company, New York.

ELLSMORE, W., 2001, „Hypnosis in the multi-modal treatment of chronic anxicty", *în Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (2), pp. 122-130.

ERICKSON, II.M., 1961, „Historical noteon the hand levitationandother ideomotortcchniques", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 3 (3), pp. 196-199.

ERICKSON, H.M., 1964, „Iniţial experiments investigating the naiure of hypnosis", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 7 (2), pp. 152-162.

ERICKSON, H.M., 1964, „The confusion teehniquc in hypnosis", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 6 (3), pp. 183-207.

ERICKSON, H.M., 1965, „The hypnotic corrective emoţional experience", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 7 (3), pp. 242-248.

ERICKSON, H.M., 1965, „The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 8 (1), pp. 57-65.

ERICKSON, H.M., 1966, „Experiential knowledge of hypnotic phenomena cmployed for hypnotherapy", *în American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 8 (4), pp. 299-309.

ERICKSON, H.M., 1970, „Hypnosis: its renascence as a treatment modality", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 71-89.

ERICKSON, H.M., 1990, *L'hypnose therapeutique,* E.S.F., Paris.

ERICKSON, H.M.; ERICKSON, B.A., 1958, „Further considerations of time distortion: subjective time considerationas distinct from time expansion", *în American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 1 (2), pp. 83-88.

ERICKSON, H.M.; ROSSI, L.E.; ROSSI, S.I., 1976, *Hypnotic Reatities,* Irvington Pub. Inc., New York.

ERICKSON, H.M.; ROSSI, L.E., 1981, *Experiencing Hypnosis,* Irvington Pub. Inc., New York.

ERNST, E.; RÂND, J.l; STEVINSON, C, 1998, „Complemcntary therapies for depression: An overview", în *Archives ofGeneral Psychiatry,* voi. 55 (11), pp. 1026-1032.

EVANS, F.J., 2000, „The domain of hypnosis: A multifactorial model", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (1), pp. 1-16.

EYSENCK, H.J., 1989, „Personality, primary and secondary suggcstibility, and hypnosis", în Gheorghiu, V.A.; Netter.P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *SuggestionandSuggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 57-68.

FALLOON, l.R.H.; LAPORTA, M.; FADDEN, G.; GRAFIAM-HOLE, V., 1993, Managing Stress in Families. Cognitive and Behavioural Strategiesfor Enhancing Coping Skills, Routledge, London.

FARNILL, D., 1998, „Hypnosis as an adjunct to counselling for anxicty", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 26 (2), pp. 172-176.

FARNILL, D.; GORDON, J.; SANSOM, D., 1997, „The role of effectivc fccdback in clinical supervision", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 25 (2), pp. 155-161.

FFRENCH, CH.H., 1996, „Hypnosis to alleviate classically conditioned fear of choking in a child", *în Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 24 (2), pp. 145-148.

FFRENCH, CH., 2000, „The meaning oftrauma : Hypnosis and PTSD", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi, 28 (2), pp. 188-199.

FLEMONS.D.G; SHULIMSON.J.A., 1997, „Participating in thcculturc of cancer: A demilitarized approach to treatment", în *Contemporary Hypnosis.* voi. 14 (3), pp. 182-188.

FOURIE, D.P., 1997, „«Indirect» suggestion in hypnosis: Theoretical and experimental issucs. în *Psychological Reports,* voi. 80 (3,2), pp. 1255-1266.

FOX, P.A.; HENDERSON, D.C.; BARTON, S.E.; CHAMPION, A.J.; ROLLIN, M.S.H.: CATALAN, J.; McCORMACK, SH.M.G.; GRUZELIER, J., 1999, Jmmunological markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: A pilot study", în *International Journal ofSTD and AIDS,* voi. 10 (11). pp- 730-734.

FREEMAN, A.; DiTOMASSO, R.A., 1994, „The cognitive theory ofanxiety", în B.B. Wolman; G. Stricker (eds.), *Anxiety and Related Disorders. A Handbook,* John Wiley& Sons, Inc.. New York.

FROMM, E.; NASH, M.R., 1992, *Contemporary hypnosis reseurch,* The Guilford Press, New York, London.

GARVIN, A.W.; TRINE, M.R.; MORGAN, W.P.. 2001, „Affectivc and metabolic responses to hypnosis, autogenic relaxation and quiet rest in the supine and seated positions", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 49 (1), pp. 5-18.

GAULD, A., 1999, „Clearing the decks agata?", 4n *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3). pp. 146-149.

GAWLER, I., 1998, „The creative power of imagery : Specific techniques for pcoplc affected by cancer", *în Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 19 (1), pp. 17-30.

GEMIGNANI, A.; SANTARCANGELO, E.; SEBASTIANI, L.; MARCHESE, C.; MAMMOLITI, R.; SIMON 1, A.; GHELARDUCCI, B.. 2000, „Changes in autonomie and EEG patterns induced by hypnotic imagination of aversive stimuli in man", în *Brain-Research-Bulletin,* voi. 53 (1), pp. 105-111.

GEORGE, E.; IVESON, C.; RAATNER, H., 1995, *Megolddskozpontu terapia - a De Shazer- model,* Animula, Budapest.

GEVERTZ, L., 1996, „Mirror, mirror on the wall", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 80-83.

GHEORGHIU, V.A., 1977, *Hipnoză - realitate şifiepune,* E.D.P., Bucureşti.

GHEORGHIU, V.A., 1989a, „The developmentof research on suggestibility: Criticai consideration", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 3-56.

GHEORGHIU, V.A., 1989b, „The difficulty in explaining suggestion: Some conceivable solutions". in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 99-112.

GHEORGHIU, V.A.; CIOFU, I., 1982, *Sugestie şi sugestibilitate,* Ed. Academiei, Bucureşti.

GHEORGHIU, V.A.; KOCH, E.; FIALKOVSK1, H.; PIEPER, W.; MOLZ, G.. 2001. „Factors influencing the illusion of warmth", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 18 (1), pp. 21-31.

GHEORGHIU, VA.; KRUSE, R, 1991, „The psychology of suggestion: An integrative perspective", inSchumaker, J.F. (ed), *Human Suggestibility,* Routledge, New York, London. pp. 59-75.

GHEORGHIU, V.A.; KRUSE, P, 1992, „Suggestion as a cognitive strategy", în

Bongartz, W. (ed.), *Hypnosis: 175 Years after Mesmer. Recent Developments in Tlieory and Application.*
Univ. Verlag Konstanz, Konstanz.

GHEORGHIU, V.A.; NETTER, P.; EYSENCK, H.J.; ROSENTHAL, R. (eds.), 1989. *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springcr-Verlag, Berlin.

GILBERT, R, 1992, *Counselling for Depression.* Sagc Publications, London.

GILL, S.T., 2001, „An Ericksonian hypnosis intervention on psychological distress and immune functioning in HIV-1 seropositive patients", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 61 (10-B), p. 5612.

GILLIGAN, S.G., 1997, „Living inapost-Ericksonian worid", în WJ. Matthews; J.H. Edgette, John H. (eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, Strategies, Narratives,* voi. 1, Brunner/Mazel Inc., Philadelphia, PA, US.

GILLIGAN, S.G., 1987, Therapeutic Trances. The Coopemtion Principie in Ericksonian Hypnosis, Brunner/Mazel, Publishers, New York.

GILLIGAN, S.G., 1989, „The therapist as variety generator: Developing solutions with depressed patients", în M.D. Yapko (ed.), *Brief Therapy Approaches io Treating Anxiety and Depression,* Brunner/Mazel Publisher, New York.

GODIN, J., 1992, La nouvelle hypnose: Vocabulaire, principes et methode, Editions Albin Michel S.A., Paris.

GODOY, P.H.T.; ARAOZ, D.L., 1999, „The use of hypnosis in anxiety, phobia and psycho- sbmatic disorders: An eight-year revicw (part onc)", în *Australian Journal of Clinteai Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (2), pp. 65-72.

GODOY, P.H.T.; ARAOZ, D.L. (trans), 1999, „The use of hypnosis in posttraumatic stress disorders, eating disorders, sexual disorders, addictions, depression and psychosis: An eight-year review (part two)", în *Australian Journal of Clinteai Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (2), pp. 73-85.

GORTON, G.E., 2000, „Psychodynamic approaches *Xo* the patient", în *Psychiatric Services,* voi. 51 (11), pp. 1408-1409.

GRAVITZ, M.A.. 2001, „Perceptual reconstruction in the treatment of inordinate grieP, în *American Journal ofClinicat Hypnosis,* voi. 44 (1), pp. 51-55-

GREGG, V.H., 1999, „Hypnosis: Three dimensions, one theory ?", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 150-152.

GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W., 1992, *Depression and its Treatment,* Revised Edition, American Psychiatric Press, Washington DC.

GRIFFITHS, R. A; HADZIPAVLOVIC, D.; CHANNON LITTLE, L., 1996, „The short-term follow-up effects of hypnobehavioural and cognitive bchavioural treatment for bulimia nervosa", în *European Eating Disorders Review,* voi. 4 (1), pp. 12-31.

GRINDER, J.; BANDLER, R., 1981, Trance-formatîons. Neurv-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis, Real People Press, Moab, Utah.

GRINDER, J.; DELOZIER, J.; BANDLER, R., 1977, *Patterns oftheHypnotic Techniques of MiltonH. Erickson, M.D.,* voi. II, Meta Publications, Cupertino, CA.

GRUZELIER, J-, 2000, „Unwanted effects of hypnosis: A review of the evidence and its implications", în *ContempordfyHypnosis,* voi. 17 (4), pp. 163-193.

GUDJONSSON, G-H., 1989, „Theoretical and empirical aspects of interrogative suggestibility", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eyscnck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 135-143.

HACKMAN, R.M.; STERN, J.S.; GERSHWIN, M.E., 2000, „Hypnosis and asthma: A criticai review", în *Journal of Asthma,* voi. 37 (1), pp. 1-15.

HAISCH, J., 1989, „Suggestion, self-attribution and behavior", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eyscnck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 361-370.

HALEY, J., 1967, „Commentaiy on the writings of Milton H. Erickson", în J. Haley, *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton Erickson, M.D.,* Grune & Stratton, New York.

HALEY, J., 1984, Un therapeute horsdu commun:MiltonH. Erickson, Desclee de Brouwer, Paris.

HALEY, J., 1986, *Uncommon Therapy,* W.W. Norton and Co., New York.

HALEY, J., 1991, *Problem-SoivingTherapy,* Harper and Row, New York.

HALLAM, R., 1992, *Counselling for Anxiety Problems,* Sage Publications, London.

HANNIGAN, K., 1999, „Hypnosis and immune system functioning", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 27 (1), pp. 68-75.

HANNIGAN, K., 2000, „Self-hypnosis revisited: Much ado about nothing", *în Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 28 (2), pp. 138-149.

HART, B.B.; HART, CH„ 1996, „Managing examination anxiety", în *Contemporan/ Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 84-88.
HART, CU.: HART, B., 1998, „Hypnosis in the alleviationofprocedure related pain anddistress in paediatrîc oncology patients: Commeniary", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 15 (4), pp. 208-211.
HAVENS. R.A.; WALTERS. C, 1989, *Hypnotherapy Scripts,* Brunner/Mazel Publisher, New York.
HAWKINS, P.J., 1994, „Hypnosis in counselling", în *Counselling Psycftology Review,* voi. 9 (3), pp. 4-8.
HAWKINS, P.J., 1994, *Perspectives in Clinical Hypnosis,* University of Sunderland, Sundcrland.
HAWKINS, P.J ; UOSSI, CH.; EWART, B.W.; HATIRA, P; KOSMIDIS, V.H., 1998, „Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric oncology patients", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 15 (4), pp. 199-207.
HESS, A.K., 1998, „The elements of transformative experience in interpersonal psychotherapy: A casc illustration", în *Psychotherapy in Private Practice,* voi. 17 (4), pp. 17-26.
HIGGINS, D.L., 1989, Anxiety as a Function of Perception: A Theory About Anxiety and a Procedure io Reduce Symptoms to Manugeable Levels, în M.D. Yapko (ed.), Brief Therapy Âpproaches to Treating Anxiety and Depression, New York, Brunncr/Mazcl, Inc.
HIRSCHFELD, R.M.A.; SHEA, M.T., 2000, „Mood disordcrs. Psychotherapy", în B.J. Sadock; V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* scvcnth edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins Philadelphia, PA.
HOAREAU, J-, 1993, *LHypnotherapie,* Ed. Robert Lafiont, Paris.
HOLDEVIC1, I., 2001, *Hipnoza clinică,* Ceres, Bucureşti.
HOLLANDER, H.E.; BENDER, SH.S., 2001, „ECEM (Eye Closure Eye Movements): Intcgrating aspects of EMDR with hypnosis for treatment of trauma", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (3-4), pp. 187-202.
HOOPER, R.I; WALLING, M.K; JOSLYN, W.D., 1996, „Logotherapcutic principles in the treatment of panic attacks with agoraphobia: A case history", în *International Forum for Logotherapy,* voi. 19 (2), pp. 95-99.
HOWSAM, D.G., 1999, „Hypnosis and recurrent menstrual headaches", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 27 (2), pp. 118-124.
HUNTER, M. E., 1988, *Day dreams for Discovery.* A manual for hypnothcrapists, Sca Walk Press, West Vancouver, Canada.
HUNTER, M. (ed.), 1994, *Frontiers of Hypnosis,* West Vancouver, Seawalk, Canada.
JACOBS, E.; PELIER, E.; LARKIN, D., 1998, „Ericksonian hypnosis and approachcs with pediatric hematology oncology patients", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 41 (2), pp. 139-154.
JAHODA, G., 1989. „Some historical and cultural aspects of suggestion", în Ghcorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestihility: Theory and Research,* Springcr-Verlag, Berlin, pp. 255-262.
JIRANEK, D., 2000, „Use of hypnosis in pain management and post-traumatic stress disorder", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 28 (2), pp. 176-187.
JOHNSON, V.C ; WALKER, L.G; HEYS, S.D; WHITING, P.H. *etal.,* 1996, „Canrclaxation training and hypnothcrapy modify the immune response to stress, and is hypnotizability relevant?", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 100-108.
KALT, H.W., 2000, „Psychoneuroimmunology: An interpretation of experimental and casc study evîdence towards a paradigm for prcdictable results", în *American*

Journal of Clinical Hypnosis, voi. 43 (1), pp. 41-52.
KAZD1N, A.E., 1994, *Behavior Modification in Applied Settings,* Brooks/Colc Publishing
Company, Pacific Grove, CA.
KIECOLT GLASER, J.K; MARUCHA, PH.T.; ATKINSOIM, C.; GLASER, R., 2001, „Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress", *în Journal of Consulting and Clinical Psychology,* voi. 69 (4), pp. 674-682.
KIRSCH, I., 1992, „The social learning theory of hypnosis", în Bongartz, W. (ed.), *Hypnosis : 175 Years after Mesmer. Recent Developments in Theory and Application,* Univ. Verlag Konstanz, Konstanz.

KIRSCH, I,, 1996, „Hypnosis in psychotherapy : Efficacy and meth[A]trsrrs'. ;,-. C-wo.-»-[A] *Hypnosis.* voi. 13 (2), pp. 109-114.

KIRSCH, I., 1999, „Setting the record straight (again)", in *American Journal qfCix.-[A]l ftwta.* voi. 41 (3), pp. 226-230.

KIRSCH, 1., 2000, „The tesponse set thcory of hypnosis", in *American Journal of Clinica! Hypnosis,* voi. 42 (3-4), pp. 274-292.

KIRSCH, 1.; BRAFFM AN, W., 2001, „Imaginative suggestibility and hypnotizabiliiy". in *Currem Directions in Psychological Science,* voi. 10 (2), pp. 57-61.

KIRSCH, I., COE, W.C., 1966, „Multimodal treatinent in the case of Ellen", în S.J. Lynn;
L Kirsch *et al.* (eds.), *Casebook of clinical hypnosis,* American Psychological Association, Washington, DC, US.

KLEINKE, C.L., 1994, *Common Principles of Psychotherapy,* Brooks Colc Publishing Company. Pacific Grove, CA.

KLUFT, R.P., 1996, „Commentary on: «Inner child work: What is really happening?»", în *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders.* voi. 9 (1), pp. 78-79.

KROGER, W.S., 1977, *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry and Psychology,* second edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

KRUSE, P., 1989, „Somc suggcstions about sugestion and hypnosis: A radical constructivist vicw", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck. H.J.; Roscnthal, R. (eds.), *Suggeslion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 91-98.

LANKTON, C.H.; LANKTON, S.R., 1989, Ta Ies ofEnchantment. Goal Oriented Metaphorsfor Adults and Children, Brunncr/Mazcl Publ., New York.

LANKTON, S.R.; LANKTON, C.H., 1983, The Answer Within: A Clinicul Fmmework of Ericksonian Hypnotfierapy, Brunner/Mazel Publ., New York.

LEAHY, R.L., 1997a, „Cognitive therapy interventions", înR.L. Leahy (cd.), *Praaicing Cognitive Therapy,* A Guide to Interventions, Jason Aronson, London.

LEVY, PH., 1999, „Chcmotherapeutic treatmcnt of cancer: An ccosystemic study of hypnosis and attributions of mcaning", *înDisserialion Abstrucls International.* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 59 (11-B), p. 6110.

LIOSSI, CH.; HATIRA, P., 1999, „Clinical hypnosis versus cognitive behavioral trai ning for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 47 (2), pp. 104-116.

LIOULIOS, T., 2001, „Hypnosis in the treatmcnt of a bank hold-up victim", in *Australian Journal of Clinicul and Experimental Hypnosis,* voi. 29(1), pp. 60-67.

LIPSETT, L., 1998, „Hypnosis in the treatmcnt of social phobia". în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 26(1), pp. 57-64.

LO REN SINI, S., 1998, „Hypnosis for performance anxiety", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 26(2), pp. 177-182.

LUMSDEN, A., 1999, „Treatmcnt of PTSD utilising CBT and Hypnotherapy", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 27 (2), pp. 150-157.

LUNDY, R.M., 1989, „Measurement and individual diffcrcnces of suggestibility : Somecomments", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Roscnthal. R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 177-180.

LUNDY, R.M., 1989, „The internai confirmation of personal constructs: Why suggcstions are not accepted", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 79-90.

LYNCH, D.F., jr., 1999, „Empowering the patient: Hypnosis in the management of cancer. surgical discasc and chronic pain", în *American Journal of Clinical*

Hypnosis, voi. 42 (2), pp. 122-130.
LYNN, S.J., 2001, „Hypnosis, the hidden observer, and not-so-hidden consent". în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (3-4), pp. 291-292.
LYNN, S.J.; KIRSCH, I.; BARABASZ, A.; CARDF.NA. E.; PATTERSON, D., 2000, „Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a

look to the future", în International Journal ofClimcal and Experimental Hypnosis, voi. 48 (2), pp. 239-259.

LYNN, SJ.; KIRSCH, I.; RHUE, J.W. (eds.). 1996, *Casebook ofClinical Hypnosis,* American Psychological Association, Washington.

LYNN, SJ.; LILIENFELD, S.; RHUE, J.W., 1999, „An evaluation of Barber's three-dimensional theory of hypnosis: Promise and pitfalls", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 160-164.

LYNN, SJ.; MILANO, M.; WEEKES, J., 1991, „Hypnosis and pseudomemories: The effect of prehypnotic expectancics", în *J. of Pers. and Soc. Psych.,* voi. 60 (2), pp. 318-326.

LYNN, SJ.; SHERMAN, S.J., 2000, „The climcal importance of sociocognitive models of hypnosis: Response set theory and Milton Erickson's strategic interventions", în *American Journal ofClinical Hypnosis,* voi. 42 (3-4), pp. 294-315.

MALAREWICZ, J.A., 1992, *La strategie en therapie,* E.S.F., Paris.

MALAREWICZ, J.A., 1992, Quatorze lecons de therapie stratigique, E.S.E, Paris.

MALAREWICZ, J.A.; GODIN, }., 1986. Milton fi. Erickson. De l'hypnose clinique ă la psychotherapie strategique, E.S.F., Paris.

MANNING, C, 1996, „Treatment of trauma associated with childhood sexual assault", în *Australian Journal of Clinica! and Experimental Hypnosis,* voi. 24 (1), pp. 36-45.

MARTINEZ TENDERO, J.; CAPAFONS, A.; WEBER, V.; CARDENA, E., 2001, „Rapid self-hypnosis; A new self-hypnosis method and its eomparison with the Hypnotic Induction Profile (HIP)", *în American Journal ofClinical Hypnosis,* voi. 44 (1), pp. 3-11.

MATSUMOTO, A., 1999, „Relationshipbetweenanxiety and imageryexperiencing", *înJapanese Journal of Hypnosis,* voi. 44 (2), pp. 3-8.

MATTHEWS, WJ., 1996, „Ericksonian approaches to psychothcrapy: From objeetive to constnicted reality", în *Journal ofCognitive Psychothercpy,* voi. 10 (3), pp. 205-218.

MATTHEWS, W.J., 2000, „Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: Where are we now ? ", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vo). 48 (4), pp. 418-426.

MATTHEWS, WJ.; CONŢI, J.; STARR, L., 1999, „Ericksonian hynosis: A review of the empirica! data", în *Sleep and Hypnosis,* voi. 1 (1), pp. 47-56.

MATTHEWS, WJ.; LANKTON, S.; LANKTON, C, 1996, „The use of Ericksonian hypnotherapy in the case of Ellen", în SJ. Lynn; I. Kirsch *et al.* (cds.), *Casebook of Climcal Hypnosis,* American Psychological Association, Washington, DC, US.

MCCLOSKEY, M.S.; KUMAR, V.K.; PEKALA. RJ., 1999, „State and trăit depression, physical and social anhedonia, hypnotizability and subjective experiences during hypnosis", în *American Journal ofClinical Hypnosis,* voi. 41 (3), pp. 231-252.

McGUIRE, WJ., 1989, „A mediational theory of susceptibility to social influence", înGheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, HJ.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility : Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 305-322.

McMASTER, N., 1996, „Major depression: A hypno-cognitive-behavioural intervention", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 17 (1), pp. 17-24.

McNEAL, SH.A., 2001, EMDR and hypnosis in the treatment ofphobias.

McNEILLY, R., 2000, „Bringing hypnotherapy to life: Buitding on an Ericksonian approach", în *Australian Journal ofClinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 21 (1), pp. 39-46.

MEAD, D.E., 1990, *Effective Supervision,* Brunner/Mazel Publ., New York.

MELCHIOR.TH., 1994, „Le stylc des suggestions", în *Phoenix,* (25), pp. 24-29.

MESZAROS, J.; CRAWFORD, HJ.; SZABO, C.; NAGY-KOVACS, A.; REVESZ, Z., 1989, „Hypnotic susceptibility and cerebral hemisphere. Preponderance: verbal-imaginal

discrimi- nationtask", înGheorghiu, V.A.; Ncttcr, P.; Eysenck, HJ.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springcr-Vcrlag, Berlin, pp. 191-204.

MILLER, G.E.; COHEN, S., 2001, „Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique", în *Health Psychology,* voi. 20 (1), pp. 47-63.

MOFFITT, K.H., 2000, „Hypnosis and self-regulation training: An experimental eomparison", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engincering, voi. 61 (1-B), p. 542.

MOORE, M., 2001, „Hypnosis and post-traumatic stress disorder", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 93-106.

MORGAN, S.. 2001, „Brief hypnosis for needle phobia", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 107-115.

MORGAN, S., 2001, „Hypnosis and simple phobia", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (1), pp. 17-25.

MURAOKA, M.; KOM1YAMA, H.; HOSOI, M.; MINE, K. *et at.,* 1996, ..Psychosomatic treatment of phantom limb pain with post-traumatic stress disorder: A case report", in *Pain,* vol. 66 (2-3), pp. 385-388.

MUTTER, K.L., 1999, „Empowering strategics: The physician's point of view", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 42 (2). pp. 116-120.

NAISH, P.L.N., 1999, ,.Hypnosis: Reinstating the state", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 16 (3). pp. 165-169.

NASH, M.R., 1996, „A psychoanalytically informed approach in the case ofEllen", in S.J. Lynn; I. Kirsch *et al.* (eds.). *Casebook of Clinical Hypnosis,* American Psychological Association, Washington, DC, US.

NEIMEYER, R.A., 2001, „The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction", in R.A. Ncimcyer (ed.). *Meaning Reconstructiott& the Experience of Loss,* American Psychological Association, Washington, DC.

NETTER, P., 1989. ..Sensory suggestibility: measurement, individual differences, and relation to placebo and drug effects", in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.: Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.). *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 123-134.

OATLEY, K., 1992, „Integrative action of the narrative", in J.D. Stein; J.E. Young (eds.), *Cognitive Science and. Clinical Disorders,* Academic Press Inc., San Diego.

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J., 1990, *introducing Neuro-Linguistic Programming,* Harper Collins Publ., San Francisco.

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J., 1995, Introduction a la PNL. Programmation Neuw-Linguistique, Vigot, Paris.

O'HANLON, W.H., WEINER-DAVIS, M., *1995^'Orientation verslesSolutions,* SATAS, Bmxelles.

O'NEILL, L.M.; BARNIER, A.J.; McCONKEY, K., 1999, ..Treating anxiety with self-hypnosis and relaxation", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 16 (2), pp. 68-80.

O'NEILL, R., 1996, ..Discussion of: «Inner child work: What is really happening?*", in *Dissociation : Progress in the Dissociative Disorders,* vol. 9 (1). pp. 76-77.

OLSON, J. A., 1996, ..Response to «Inner child work: What is really happening ? »", *XnDissociation: Progress in the Dissociative Disorders,* vol. 9 (1), pp. 74-75.

PEARCE, M., 1997, „Hypnosis and imagination/visualisation in the achievement of personal goals", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vol. 18(1), pp. 33-38.

PEARCE, M., 1999, ,A case study in the use of hypnosis to assist with exam preparation and anxiety", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vo3. 20 (1), pp. 55-57.

PEEBLES KLEIGER, M.J., 2001, ..Contemporary psychoanalysis and hypnosis", in *International Journal of Clinical ami Experimental Hypnosis,* vol. 49 (2), pp. 146-165.

PBSESCHKIAN, N„ 1987, *Positive Psychotherapy,* Springer Verlag, Berlin.

PESESCHKIAN, N., 1991, A tudos meg a tevehajesar. Keleti tartinetek, nyugati lelki bajok, Helikon Kiado. Budapest.

PETER, B.; REVENSTORF. D., 2000. ..Commentary on Matthews's «Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: Where are we now?»", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (4), pp. 433-437.

PETERSON, J.A.. 1996, „Hypnotherapeutic techniques to facilitate psychotherapy with PTSD and dissociative clients", in L.K. Micheison; W.J. Ray (eds.). *Handbook ofDissociation : Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives,* Plenum Press, New York, NY, US.

PETOT, J.M., 1990. Revaluation dc 1'existence et dc la profondeur de la trance", in *Phoenix,* <8), pp. 30-36.

PINNELL, CM.; COVINO. N.A., 2000, ..Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48
(2) , pp. 170-194.

PRICE. D.A., 1996. „ Inner child work: What is really happening? ", in *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders,* vol. 9(1), pp. 68-73.

RASKIN, R.; RAPS, CH.; LUSKIN, *F.;* CARLSON, R.; CRISTAL. R., 1999, „Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension", in *Stress Medicine,* vol. 15 (4), pp. 243-247.

REIG, I.; CAPAFONS. A.; BAYOT, A.; BUSTILLO, A., 2001, .Suggestion and degree of pleasantness of rapid self-hypnosis and its abbreviated variant", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 152-164.

RHUE, J.W; LYNN, S.J.; PINTAR, J., 1996, Narrative and imaginative storytelling : Hypnotherapy in the treatment of a sexually abused child.

ROBERTS, D., 1998, „The use of hypnosis and brief strategic therapy widi a case of separation anxiety and school refusal", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 15(4), pp. 219-222.

ROMANOFF, B.D., 2001, „Research as therapy : The power of narrative to effect change", in R.A. Neimeyer (ed.), *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss,* American Psychological Association, Washington, DC.

ROSEN, S., 1986, Ma voix t'accompagnera... Milton H. Eriekson raconte, Hommeset Groupes, Paris.

ROSSI, E.L.. 1997, „Self-organizational dynamics in Ericksonian hypnotherapy: A nonlinear evolution for the psychotherapist of the future", in J.K. Zeig (ed.), *The Evolution of Psychotherapy : The third conference,* Brunner/Mazel Inc., Philadelphia, PA, US.

ROSSI, E.L.; CHEEK, D.B., 1988, Mind-Body Therapy. Methods of Ideodynamic Healing in Hyonosis, W.W. Norton & Co., New York.

RUSH, A.J.; BECK. A.T., 2000, ..Cognitive Therapy", in B.J. Sadock; V.A. Sadock (cds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* seventh edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, PA.

SALKOVSKIS, P.M., 1991, „The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account", in *Behavioural Psychotherapy,* 19, pp. 6-19.

SARBIN, R.T.; COE. W.C., 1972, Hypnosis. A Social Psychological Analysis of Influence Communication. Holt, Rinehart & Winston, New York.

SCHOENBERGER, N.E., 2000, ..Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy", in *international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (2), pp. 154-169.

SCHOENBERGER, N.E; KIRSCH, I.: GEARAN, P.; MONTGOMERY, G. *el at.,* 1997, „Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety", in *Behavior Therapy,* vol. 28 (1), pp. 127-140.

SCHREIBER, E., 2001, „Hypnosis for fear of flying", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 116-121.

SCHULTZ, J.H., 1958, Le Training Autogen. Methode de relaxation par auto-decontraction concentrative. Essuipratique et clinique, P.U.F.. Paris.

SCHUMAKER, J. (ed.), 1991, *Human Suggestibility,* Routledge, New York.

SCHWANENBERG, E., 1989, ..Suggestion as social biasing of meaning tests: A hciderian extension of the Miller, Galanter and Pribram Paradigm - Catalyzing McGuire's theory of attitude change", in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eyscnck, H.J.; Rosenthal, R. (cds.), *Suggestion and Suggestibility : Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 263-278.

SELBY, J., 1993, *Erezdjol magad,* Edesviz Kiado, Budapest.

SELIGMAN, M.E.P., 1989, ..Explanatory style: Predicting Depression, Achievement

and Health", in M.D.Yapko (ed.), *Brief Therapy Approaches to Treating Anxiety and Depression,* Brunner/ Mazel Publisher, New York.

SELIGMAN, M.E.P., 1998, Learned Optimism. How to Change Your Mind and Your Life, Pocket Books, New York.

SHAPIRO, D.H., ASTIN, J. A., 1998, Control Therapy. An Integrated Approach to Psychotherapy, Health and Healing, John Wiley & Sons Inc., New York,

SHEA, D.J., „Sugestion, placebo, and expectation; Immune effects and other bodly change", in Schumaker, J.F. (ed.), *Human Suggestibility,* Routledge, New York, London, pp. 253-278.

SHEIKH, A. A. (ed.), 1984, *Imagination and Healing,* Bay wood. New York.

SILVA, E.C.; KIRSCH, I., 1987, „Breaching hypnotic amnesia by manipulating expectancy", tn *Journal of Abnormal Psychology,* 96 (4), pp. 325-329.

SOMMERS FLANAGAN, J.; SOMMERS FLANAGAN, R., 1996, „The Wizard of Oz metaphor in hypnosis with treatment-resistant children", in *American Journal of Clinical Hypnosis* 39 (2), pp. 105-114.

SPANOS, N.P., 1989, „Interpretational sets, hypnotic responding, and the modification of hypnotizability", in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin.

SPANOS, N.P.; MENARY, E.; GABORA, N.J.; DU BREUIL, S.C.; DEWHIRST, B., 1991, „ Secondary identity enactments during hypnotic past life regression: A sociocognitive perspective", in *J. ofPers. andSoc. Psychology,* 61 (2), pp. 308-320.

SPIEGEL, H.; GREENLEAF, M.; SPIEGEL, D., 2000, „Hypnosis", inBJ. Sadock; V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* seventh edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, PA.

STEGGLES, S., 1999, „The use of cognitive-behavioral treatment including hypnosis for claustrophobia in cancer patients", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 41 (4), pp. 319-326.

SUDWEEKS, C., 1998, „ Effects of cognitive group hypnotherapy in the alteration of depressogenic schemas", in *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, vol. 58 (8-B), p. 4474.

SUTTON, W.S., 1996, „Self-hypnosis for stress management and self-exploration", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vol. 17(2), pp. 91-97.

TAKAISHI, N., 2000, „A comparative study of Autogenic Training and Progressive Relaxation as methods for teaching clients to relax", in *Sleep and Hypnosis,* vol. 2 (3), pp. 132-136.

TAMALONIS, A.M; MITCHELL, J., 1997, „An empirical comparison of Ericksonian and traditional hypnotic procedures", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vol. 18 (1), pp. 5-16.

TEEGEN, R, 1983, Gamfreitliche Gesundheit. Dersanfte Umgang mit uns selbst, Rowohlt, Hamburg.

VIEILLE, R. CONSTANT jr., 1998, „The use of hypnosis, self-hypnosis, mental imagery, and naturalistic trance to enhance immunity and health in gay men with HIV: A contextualistic perspective", in *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, vol. 58 (10-B), p. 5692.

VINGOE, F.J., 1999, ..Multiple paths into hypnosis for the millennium", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 16 <3), pp. 170-175.

WADE, T.C.; WADE, D.K., 2001, „ Integrative psychotherapy: Combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 43 (3-4), pp. 233-245.

WALKER, L.G., 1998, ..Hypnosis and cancer: Host defences, quality of life and survival", tn *Contemporary Hypnosis,* vol. 15 (1), pp. 34-38.

WALKER, W.L., 2000, AImprovised self-hypnosis for childbirth", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 28 (1), pp. 100-102.

WALLING, D.P.; BAKER, J.M.; DOTT, SH.G., 1996, „A national survey of hypnosis training- Its status in psychiatric residency programs: A brief communication", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 44 (3), pp. 184-

188.
WALTER, J.L.; PELLER, J.E., 1992, *Becoming Solution-Focused in Brief Therapy,* Brunner/ Mazel Inc., New York.
WARK, D.; KOHEN, D.P., 1998, ..Facilitating facilitators' facilitation: Experience with a model for teaching leaders of hypnosis practice groups", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 41 (1). pp. 75-81.

WARREN, M.P., 1997, ..Encoding and decoding: Comparing Milton Erickson's hypnotherapy and Robert Langs's Communicative Approach", in *International Journal of Communicative Psychoanalysis and Psychotherapy,* vol. 12 (1-2), pp. 5-13.

WATKINS, J.G., 2000, „The psychodynamic treatment of combat neuroses (PTSD) with hypnosis during World War II", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48
(3) , pp. 324-335.

WATZLAWICK, P., 1992, ..Preface", in Godin, *L, La nouveilehypnose: Vocabulaire, principes et methodes,* Albin Michel, Paris.

WATZLAWICK, P., 1993, *The Language of Change,* WW. Norton Co., London.

WATZLAWICK, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D., 1972, *Une logique de la communication,* Editions du Seuil, Paris.

WATZLAWICK, P.; NARDONE, G. (eds.), 2000, *Stratigie de la therapie breve,* Ed. du Seuil, Paris.

WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.H.; FISH, R., 1990, *Vdlwzds,* Gondola:, Budapest.

WEITZENHOFFER, A., 1957, *General Techniques of Hypnotism,* Grune & Stratton Inc., New York.

WICKLESS, C.; KIRSCH, I., 1989, „ Effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility", In *J. ofPers. and Soc. Psych.,* 57 (5), pp. 762-768.

WILLIAMS, M.J., 1992, The Psychological Treatment of Depression, Routledge, London.

WILLSHIRE, D., 1996, „Trauma and treatment with hypnosis", \n *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 24 (2), pp. 125-136.

WINTER, W.E., 2001, „The use of a skiil-bascd activity in therapeutic induction", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 44 (2), pp. 119-126.

WOLBERG, L.R., 1996, „ Hypnosis and psychoanalytic therapy (hypnoanalysis)", in American Journal of Psychotherapy, vol. 50 (4), pp. 393-415.

WOLMAN, B.B., 1994a, „Defining Anxiety", in B.B. Wolman; G. Strieker (eds.). *Anxiety and Related Disorders, A Handbook,* John Wiley& Sons Inc., New York.

YAPKO, M.D., 1990, *Trancework,* Brunner/Mazel Publ., New York.

YAPKO, M.D., 1992, Hypnosis and The Treatment of Depression: Strategies for Change, New \fork, *Brunner/Mazel, Inc.*

YAPKO, M.D., 1992a, *Using Hypnosis in Treating Depression,* New York, Brunner/Mazel, Inc.

YAPKO, M.D., 2001a, „Hypnotic intervention for ambiguity as a depressive risk factor", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 44 (2), pp. 109-117.

YAPKO, M.D., 2001b, ..Hypnosis in treating symptoms and risk factors of major depression", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 44 (2), pp. 97-108.

YAPKO, M.D; BARRETTA, N.P; BARRETTA, PH.E, 1998, „Clinical training in Ericksonian hypnosis", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 41 (1), pp. 18-28.

ZACHARIAE, R.; JORGENSEN, M.M.; BJERR1NG, P.; SVENDSEN, G., 2000, „Autonomic and psychological responses to an acute psychological stressor and relaxation: The influence of hypnotizability and absorption", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (4), pp. 388-403.

ZAHOUREK, R.P., (ed.), 1990, *Clinical Hypnosis & Therapeutic Suggestion in Patient Care,* Brunner/Mazel Publishers, New York.

ZEIG, J.K. (ed.), 1982, *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy,* Brunner/Mazel Publ., New York.

ZEIG, J.K. (ed.), 1985, *Ericksonian Psychotherapy,* vol. I: *Structures,* Brunner/Mazel

Publ., New York.
ZEIG, J.K. (ed.), 1985, *Ericksonian Psychotherapy,* vol. II: *Clinical Applications,* Brunner/ Mazel Publ., New York.
ZEIG, J.K., 1989, *Teaching Seminar with Milton H. Erickson, M.D.,* Brunner/Mazel Publications, New York.
ZEIG, J.K., 1999, „The virtues of our faults : A key concept of Ericksonian therapy", in *Sleep and Hypnosis,* vol. 1 (2), pp. 129-138.

ZEIG, J.K., 2000, „Les vertus de nos defauts: un concept ele de ta JK'iipn M d M i A " . k *Stratigie de la therapie breve,* Ed. du Seuil, Paris, pp. 114-144.

ZEIG, J.K.; GILLIGAN, ST.G. (eds.), 1990, Brie/ *Therapy. Myths. Methodi mi MmAtmK.* Brunner/Mazel, New York.

ZEIG, J.K.; LANKTON, ST.R. (eds.), 1988, *Developing Ericksonian Therapy. Suxe* o<' .*t Brunner/Mazel, New fork.**

ZINDEL, J.P., 1996, „How can hypnosis ennch psychoanalytic therapy and vice vena?", *m Australian Journal of Clinteai and Experimental Hypnosis,* voi. 24 (1), pp. 59-64.

***** 1992, *Granddictionnaire de lapsychologie,* Larousse, Paris.**

Collegium. Psihologie

au apărut:

Adrian Neculau (coord.) - Psihologie socială. Aspecte contemporane Andrei Cosmovici - Psihologie generală
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny - Psihologie socială experimentală Adrian Neculau, Gilles Ferreol (coord.) - Minoritari, marginali, excluşi Constantin Cucoş - Minciună, contrafacere, simulare. O abordarepsihopedagogică Mielu Zlate (coord.) - Psihologia vieţii cotidiene
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) - Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri
Serge Moscovici - Psihologia socială sau maşina de fabricat zei
Adrian Neculau (coord.) - Câmpul universitar şi actorii săi
Adrian Neculau (coord.) - Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale
J. Barus-Michel, F. Giust-Dcsprairies, Luc Ridel - *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) - *Psihologie şcolară*
Serban lonescu - Paisprezece abordări în psihopatologie
Sergc Moscovici (coord.) - Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt
Wiilem Doise, Gabriel Mugny - Psihologie socială şi dezvoltare cognitivă
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) - *Psihosociologia rezolvării conflictului*
Andre Sirota - Conduite perverse in grup
Adrian Neculau, G. Ferr&j) (coord.) - *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea - Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale
Mielu Zlate - Psihologia mecanismelor cognitive
Gilles Ferreol (coord.) - Identitatea, cetăţenia şi legăturile sociale
Mielu Zlate - Introducere în psihologie
Ion Dafmoiu - Elemente de psihoterapie integrativă
Eva Drozda-Senkowska - Psihologia socială experimentală
Cornel Havârneanu - Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului In psihologia aplicată
Steve Duclc - Psihologia relaţiilor interumane. Teorie, concepte şi noţiuni fundamentale
\klentin *Clocotici, Aurel Stan - Statistică aplicată in psihologie*
Gilles Ferreol (coord.) - Adolescenţii şi toxicomania
Adrian Neculau (coord.) - Analiza şi intervenţia în grupuri şi organizaţii
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) - *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco - Creativitate şi inteligenţă emoţională
Jean Dclacour - Introducere in neuroştiinţele cognitive
Ion Dafmoiu - Personalitatea. Metode de abordare clinică: observaţia şi interviul

Septimiu Chelcea - Un secol de cercetări în psihosociologie

Aurel Stan - Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii
Dan Goglează - întîlnire cu un psihoterapeut în practica schimbării. Exemple, cazuri, soluţii, comentarii
Alex Mucchielli - Arta de a influenţa
Michel-Louis Rouquettc - Despre cunoaşterea maselor. Eseu de psihologie politică
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron - *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
Mihai Kramar - Psihologia stilurilor de gândire şi acţiune umană
Jean-Claude Abric - Psihologia comunicării. Teorii şi metode
Şerban lonescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote - *Mecanismele de apărare.*
Teorie şi aspecte clinice
Ştefan Boncu - Psihologia influentei sociale
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie - *Memorie şi funcţionare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari - *Manual de psihologia comunităţii*
Ion Dafinoiu, Jeno-Lâszlo \&rgha - Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice

în pregătire:

A. Neculau, G. Ferrtol (coord.) - Violenţa. Aspecte psihosociale A. Neculau - Manual de psihologie socială

Psihologie

Ion Dafinoiu, Jeno-Lăszlo Vargha

HIPNOZA CLINICĂ

Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice

Hipnoza clinica utilizează într-o manieră sistematică disponibilitatea, specific umana, de a trai transe hipnotice, pentru rezolvarea unor probleme sau tulburări diverse in faţa cărora abordarea logică rămâne neputincioasa. Ea ne eliberează de stereotipurile logice care ne limitează căutarea soluţiilor şi răspunsurilor, ne face mai flexibili, mai creativi. Transa hipnotica angajează pacientul într-o căutare inconştientă, creativă, a *propriilor* soluţii, a răspunsurilor unice la întrebările lui unice. M. Erickson repeta frecvent pacienţilor sai în timpul transei: „Sunt lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că ie ştiţi; când veţi şti ceea ce nu ştiţi ca ştiţi, vă veţi schimba[1]".

Cartea se adresează tuturor celor interesaţi de domeniul hipnoterapiei, oferindu-le un preţios ghid teoretic şi practic pentru înţelegerea şi aplicarea corectă a mecanismelor transei hipnotice.

• Cadrul conceptual al hipnozei • Sugestie şi hipnoză «Testarea sugestibliitaţii/hipnotizabflităţii • Caracteristicile limbajului hipnotic • Inducerea transei hipnotice • Manifestările specifice hipnozei şi utilizarea lor clinică • Principii generale ale hipnoterapiei ericksoniene • Practica hipnoterapiei clinice • Structura unei intervenţii hipnoterapeutice • Autohipnoza • Aplicaţii clinice • Formarea hipnoterapeuţilor • Supervizarea activităţii hipnoterapeutice

Collegium

ISBN 681-0X9-5

Editura POLIROM
www.poiirom.ro

9 789736 810893